

1 Einleitung

Behandlungspfade (BHP) »beschreiben den idealen Versorgungsverlauf, die optimale Abfolge und Terminierung der wichtigsten Interventionen, die von allen Berufsgruppen und Disziplinen bei der Versorgung eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose oder Behandlung durchgeführt werden« (Dick et al. 2006). Im Gegensatz zu Leitlinien fokussieren sie organisatorische Aspekte, also das »Wer« und »Wann« einer Behandlung. Sie tragen dazu bei, Versorgungsabläufe zu optimieren, eine interdisziplinäre und schnittstellenübergreifende Koordination zu ermöglichen sowie Transparenz für Leistungserbringer, Kostenträger, Patienten und deren Angehörige zu gewährleisten. BHP sind damit Instrumente zur Qualitätsförderung, die als zentraler Bestandteil die Grundlage für Verträge im Rahmen von strukturierten Versorgungsmodellen, wie z. B. der Integrierten Versorgung (IV) nach §140a-d SGB V, bilden könnten (Walle et al. 2010).

Behandlungspfad:
Ziel und Aufgabe

Ein BHP kann auch als Steuerungsinstrument für eine adäquate, patientenorientierte Versorgung über einen langen Zeitraum eingesetzt werden. Gerade Schizophrenie-Erkrankungen zeichnen sich u. a. durch ein frühes Auftreten der Ersterkrankung und hohe Chronifizierungsraten aus, was eine vergleichsweise lange Dauer der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen impliziert (Gaebel und Wölwer 2010). Aufgrund der Krankheitscharakteristika ist dabei weniger die Behandlung akuter Krisen und Notfälle als vielmehr eine effektive ambulante Begleitung und Behandlung über den Krankheitsverlauf hinweg maßgeblich für den Behandlungserfolg³ (Weinmann et al. 2009). Durch hohe Komorbiditätsraten, vielfältige Versorgungsleistungen und Therapieverfahren sowie häufige, durch den Krankheitsverlauf bedingte Wechsel der Behandlungssettings sind unterschiedliche Akteure in die Versorgung involviert (Gaebel und Wölwer 2010). Neben stationären Einrichtungen gehören hierzu ambulante Versorgungsakteure, teilstationäre Tages- und Nachtkliniken sowie gemeindepsychiatrische Einrichtungen. An den Schnittstellen entstehen oft Kommunikations- und Organisationsprobleme, welche zu Informationsverlusten bzgl. Diagnosestellung, Krankheitsverlauf und vorausgegangener Versorgungsleistungen führen (Weinmann und Gaebel 2005). Gleichzeitig steigen die Kosten der Versorgung, da aufgrund der Informationsverluste Diagnose- oder Behandlungsschritte doppelt durchgeführt werden oder eine lückenlose Fortführung der Behandlung nicht gewährleistet ist. Eine nicht aufeinander abgestimmte ambulante Versorgung kann bspw. dazu führen, dass es zu Verschlechterungen des Krankheitsbildes und zu krisen- bzw. notfallbedingten Klinikaufenthalten kommt (Weinmann und Gaebel 2005). Oftmals sind Qualitätseinbußen in der Behandlung die Folge (Dick et al. 2006). Um den dargelegten Problemen entgegenzuwirken, erscheint die Erarbeitung eines BHP Schizophrenie angezeigt. Eine besondere Beachtung sollte hierbei den Aspekten Koordination, Kooperation und Vernetzung der einzelnen ambulanten Versorgungsakteure und -angebote zukommen.

Patientenzentrierte
Versorgung

Der vorliegende BHP zur ambulanten integrierten Versorgung von Menschen mit Schizophrenie wurde auf Basis aktueller Leitlinien entwickelt und angepasst, mit dem Ziel, die Behandlungsabläufe der ambulanten psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Schizophrenie zu strukturieren und zu standardisieren. Er soll helfen, evidenzbasierte diagnostische, therapeutische und pflegerische Bausteine in die ambulante Versorgung zu implementieren und bestehende Schwierigkeiten in den Versorgungsstrukturen abzubauen. Darüber hinaus kann

Ambulanter Sektor

3 Das Verständnis einer erfolgreichen Schizophrenie-Behandlung umfasst hier sowohl die Heilung und bzw. oder Reduzierung der subjektiven und objektiven Krankheitslast als auch die Befähigung zur Handlungsautonomie und Teilhabe des Betroffenen am gesellschaftlichen Leben.

der BHP Grundlage für Verträge im Rahmen von strukturierten Versorgungsmodellen sein wie z. B. der Integrierten Versorgung nach §140a-d SGB V. Nach dem Wissen der Autoren ist er der erste evidenzbasierte BHP, dessen Steuerung aus dem ambulanten Sektor heraus erfolgt und der gleichzeitig den stationären sowie den gemeindepsychiatrischen Bereich mit einbezieht.

2 Methodik zur Erstellung des Behandlungspfads Schizophrenie

Der BHP Schizophrenie basiert auf einer Soll-Ist-Analyse der ambulanten Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Ziel war es zum einen, evidenzbasierte Empfehlungen zur Versorgung von Menschen mit Schizophrenie festzuhalten (Soll-Zustand) und zum anderen, die aktuelle ambulante Versorgungssituation von Menschen mit Schizophrenie zu ermitteln (Ist-Zustand⁴).

Methodik:
Soll-Ist-Analyse

Im vorliegenden BHP wurde der Soll-Zustand der Versorgung von Menschen mit Schizophrenie durch evidenzbasierte Leitlinien zum Erkrankungsbild Schizophrenie definiert, da diese den aktuellen fachlichen Wissens- und Entwicklungsstand (state of the art) der medizinischen Behandlung widerspiegeln. Folgende Leitlinien wurden hierfür als relevant erachtet: Behandlungsleitlinie Schizophrenie (LL BLS⁵, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie 2006), Schizophrenia PORT – Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements (PORT-R, Dixon et al. 2009) sowie Schizophrenia – Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care (LL NICE, National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) 2010). Da an Schizophrenie erkrankte Menschen zumeist mit langfristigen und schweren Krankheitsauswirkungen zu kämpfen haben und daher auch einer umfassenden psychosozialen Versorgung bedürfen, wurde ebenfalls die Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (LL PST⁶; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie 2012) in die Auswertung einbezogen.

Die aufgeführten Leitlinien bilden die Basis für die vorliegenden Module und Algorithmen des BHP. Die in den Leitlinien aufgeführten Empfehlungsgrade und Evidenzebenen zu erkrankungsspezifischen Diagnose- und Behandlungsschritten werden jeweils am Ende des Moduls angegeben.

Für die Beschreibung des Ist-Zustands wurden eine systematische Literaturrecherche (► **Anhang 2**) sowie Interviews mit Experten und Praktikern der ambulanten Versorgung von Menschen mit Schizophrenie durchgeführt. Der Ist-Zustand der Versorgung von Menschen mit Schizophrenie wurde auf der Basis folgender Fragestellungen erhoben:

- Welche Probleme gibt es in der ambulanten Versorgung von Menschen mit Schizophrenie?
- Welche konkreten Bedürfnisse von Betroffenen und Angehörigen werden dabei nicht ausreichend berücksichtigt?
- Welche Verbesserungs- bzw. Lösungsmöglichkeiten gibt es für die identifizierten Probleme?

Die Literaturrecherche wurde im Juli 2012 in den Datenbanken Pubmed, Web of Science, Psynex und Thieme durchgeführt. Gemäß der Zielsetzung, einen BHP für die ambulante Schizophrenie-Versorgung in Deutschland zu entwickeln, wurde dabei die ambulante Versorgung im deutschsprachigen Raum fokussiert. Der Suchalgorithmus der Literaturrecherche bestand aus der Verknüpfung der Hauptsuchbegriffe *Schizophren*/Psychose UND deutsch** sowie *schizophren*/psychosis/early psychosis AND german*. Folgende Suchfilter wurden eingesetzt: »Sprache« (englisch, deutsch), »Zeitraum« (2000-2012), »Alter« (der Zielgruppen

Systematische
Literaturrecherche

4 Ein- und Ausschlusskriterien der begutachteten Leitlinien finden sich im Anhang 1.

5 Die Behandlungsleitlinie Schizophrenie wird gegenwärtig überarbeitet; die momentan aktuellste verfügbare Fassung stammt aus dem Jahr 2006.

6 Obgleich Schizophrenie-Patienten nicht primär im Fokus der LL PST stehen, stellt sie derzeit die aktuellste Leitlinie für das deutsche Versorgungssystem dar.

= 18 bis 65 Jahre) und »Publikationsart« (alle außer »Kongressbeiträge«). Nach Ausschluss der Dubletten wurden die übrigen Abstracts durch jeweils zwei wissenschaftliche Mitarbeiterinnen bzgl. ihrer Relevanz für die Forschungsfragen der vorliegenden Versorgungsanalyse gesichtet. Nach Durchsicht der Volltexte wurden die als relevant eingestuftten Publikationen in die weitere Literaturlauswertung eingeschlossen⁷ und in einem letzten Schritt durch deduktive Kategorienanwendung bzw. anhand von Kategorien eines vorab festgelegten und definierten Kategoriensystems ausgewertet (Mayring 2010). Das Kategoriensystem wurde in Anlehnung an die Literaturlauswertung vorangegangener BHP entwickelt und im Rahmen einer ersten Materialsichtung der vorgefundenen Literatur erweitert.

Leitfadengestützte
Experteninterviews

Im zweiten Schritt der Ist-Analyse wurden telefonisch leitfadengestützte Experteninterviews geführt. Da verschiedene Professionen mit jeweils unterschiedlichen Sichtweisen in die ambulante Versorgung von Schizophrenie-Patienten eingebunden sind, wurde die Befragung mit Vertretern aus Wissenschaft, Verbänden und Versorgungspraxis durchgeführt. Dieser qualitative Ansatz wurde gewählt, um in kurzer Zeit auf das differenzierte Fachwissen von Personen zurückgreifen zu können, die aufgrund ihrer aktuellen Tätigkeit über Zugang zu Informationen im Handlungsfeld der ambulanten Versorgung von Menschen mit Schizophrenie verfügen sowie aufgrund ihrer Ausbildung und Biografie spezielles Fachwissen über diese Patientengruppe haben. Im Hinblick auf das spezifische Wissen der Versorgungsakteure wurden diese Personen in zwei Gruppen unterteilt: zum einen in die Gruppe der »Experten«, die Wissen durch wissenschaftlich-theoretische Tätigkeit oder Arbeit in Verbänden erworben haben; zum anderen in die Gruppe der »Praktiker«, die Wissen vorwiegend durch praktische Tätigkeiten bzw. die direkte Arbeit mit Betroffenen/Angehörigen erlangt haben. Die Entwicklung des halbstrukturierten Interviewleitfadens orientierte sich an den oben genannten zentralen Fragestellungen sowie den Ergebnissen der Literaturrecherche und fokussierte folgende Bereiche: allgemeine ambulante Versorgungslage, Diagnostik, Behandlung, Akutversorgung, Arbeit und Ausbildung, Patienten und Angehörige sowie Kooperation der Leistungserbringer.

Qualitative
Inhaltsanalyse

Im Anschluss an die Transkription der Interviews nach Kuckartz (2007) erfolgte die Interviewauswertung auf Basis des im Rahmen der Literaturlauswertung entstandenen Kategoriensystems. Analog zur Entwicklung der Interviewleitfäden erfolgte die Auswertung der Interviews in interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Sozial- und Gesundheitswissenschaftlern (Gläser und Laudel 2004). Im Sinne einer »Intercoder-Reliabilität« wurde jedes Interview von zwei voneinander unabhängigen Codierern ausgewertet (Mayring 2010). Die Ergebnisse der Auswertungen wurden anschließend aufeinander abgestimmt. Bei Unstimmigkeiten zwischen den Codierern wurden die entsprechenden Textstellen zusätzlich durch einen dritten wissenschaftlichen Mitarbeiter ausgewertet und anschließend mit diesem diskutiert (Bortz 2003).

Die Ergebnisse aus der Literaturrecherche wurden schließlich mit der Interviewauswertung zusammengeführt. Die zentralen Punkte der Zusammenführung werden im Abschnitt »Ergebnisse« in Textform dargelegt. Darüber hinaus wurden die auf Basis der Leitlinien erstellten Module und Algorithmen des vorliegenden BHP um die Ergebnisse der Literaturrecherche und Interviewerhebung ergänzt. Die Ergebnisse aus Interview- und Literaturerhebung finden sich vor allem in den Implementierungshinweisen und weiterführenden Anmerkungen der jeweiligen Module wieder.

Delphibefragung

Um die Module des BHP zu diskutieren und sie auf Vollständigkeit sowie Praxistauglichkeit zu prüfen, wurden diese im Zeitraum von März bis Juni 2013 von einem Teil der Interviewteilnehmer sowie weiteren Vertretern aus Wissenschaft, Verbänden und Versorgungspraxis im Rahmen eines zweistufigen formalen Konsensverfahrens gesichtet und bewertet. Hierbei hatte jeder Teilnehmer jeweils eine Stimme pro Modul und Abstimmungsprozess. Dabei bestand in jedem Abstimmungsprozess die Möglichkeit, sich der Stimmabgabe zu enthalten.⁸ Enthaltungen wurden in der Gesamtbewertung nicht berücksichtigt. In beiden Befragungsrunden wurde der BHP 30 Personen zur Abstimmung zugesandt. Nach dem methodischen Ansatz des Delphi-Verfahrens wurden die Anmerkungen und Einschätzungen der ersten schriftlichen Befra-

⁷ Die Einstufung der Relevanz der Volltexte erfolgte gemäß den Kriterien in Abb. 1.

⁸ Die eingesetzten Bewertungsschemata befinden sich im Anhang 3.

gungsrunde zusammengefasst und den Teilnehmern zur erneuten Bewertung zugesandt (Stritter et al. 1994; Hoffmann et al. 2004). Der vorliegende BHP stellt die Zusammenführung der Bewertungen der 2. Befragung dar; er wurde den Teilnehmern des Delphi-Verfahrens nicht noch einmal zur Bewertung vorgelegt (Kranz 2012).

3 Aufbau des Behandlungspfads im Rahmen eines IV-Systems

Integrierte Versorgung Die IV ist »eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung« (§140a SGB V). Sie gilt als eines der Kernstücke der GKV-Gesundheitsreform 2000 mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung und der Kostenreduzierung im Gesundheitswesen auf Basis von Selektivverträgen und außerhalb des Sicherstellungsauftrags nach SGB V (Amelung und Lägél 2008).

Ausgangspunkt der Reformbestrebungen war die im deutschen Gesundheitssystem anhaltende und progressive Finanzierungsproblematik der Gesundheitsausgaben. Diese ist durch interne wie externe Faktoren bedingt: Externe Faktoren betreffen beispielsweise den demografischen Wandel und die damit einhergehende Zunahme an Multimorbidität, den medizintechnischen Fortschritt, die gesteigerte Anspruchshaltung der Versicherten sowie die steigenden Arbeitslosenzahlen. Systeminterne Faktoren sind auf die historisch gewachsenen Strukturen des Gesundheitswesens, also die Trennung in einzelne, größtenteils unabhängig voneinander agierende Sektoren zurückzuführen. Aus dieser Trennung ergibt sich eine große Heterogenität der Leistungserbringer, was zu Zielkonflikten, mangelnder Kooperation und Koordination und Informationsbarrieren führen kann. Patienten, gerade chronisch Erkrankte, werden in diesem fragmentierten System mit Diskontinuitäten in ihrer Behandlung und mit Versorgungsbrüchen konfrontiert. Statt eines kontinuierlichen Versorgungsablaufs ist ihre Behandlung auf einzelne Problemabschnitte begrenzt (Schaeffer und Ewers 2006). Die Sektorentrennung wird zudem durch wirtschaftliche Fehlanreize begünstigt, wodurch sich eine suboptimale Ressourcenallokation ergibt. Die Idee der Reformbestrebungen war es, Modelle zu entwickeln, die sektorale Grenzen durch umfassende Versorgungsverbünde beseitigen und die Integration einzelner Sektoren fördern. Dies soll einerseits zu Kostenersparnissen und Qualitätsverbesserungen und andererseits zu einem auf den Patienten abgestimmten Versorgungsgeschehen führen (Mühlbacher 2002; Mühlbacher et al. 2006; Amelung und Lägél 2008).

Sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre Versorgungsangebote Der Grundgedanke der IV ist somit, sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre Versorgungsangebote zur Verfügung zu stellen, wodurch die sektorale Trennung überwunden und eine kontinuierliche Versorgung sowie ein patientenzentriertes Leistungsprogramm erbracht werden soll. Ein wesentliches Merkmal der IV liegt darin, dass die Krankenkassen die Möglichkeit haben, Einzelverträge mit den Vertragspartnern abzuschließen und in diesem Rahmen die Vertragsbedingungen ausgehandelt werden können. Dieses Merkmal soll den Wettbewerb im Gesundheitswesen durch die Möglichkeit einer individuellen Positionierung der Krankenkassen und Leistungserbringer anregen und somit zu effizienteren und qualitätsgesicherten Strukturen beitragen (Mühlbacher et al. 2006; Holler 2009).

Vertragspartner der Kostenträger (Krankenkassen) können alle nach SGB V zugelassenen Leistungserbringer, oder deren Gemeinschaften, und Managementgesellschaften sein. Die Integrationstiefe sowie die Intensität der Kooperation im Rahmen des auszuhandelnden IV-Vertrages bleiben den Vertragspartnern selbst überlassen. Wichtige Vertragsgegenstände sind Inhalt und Umfang der IV-Versorgung (Leistungen), Partner, Verantwortlichkeiten, Vergütung und Qualitätssicherung. Patienten können einem IV-Vertrag freiwillig beitreten, sie müssen jedoch aktiv durch eine unterzeichnete Einverständniserklärung zustimmen (Amelung und Lägél 2008).

Die Ausgestaltung von IV-Verträgen ist den Vertragspartnern selbst überlassen; der Gesetzgeber gibt diesbezüglich in den entsprechenden Paragraphen keine Vorgaben. So können neben indikationsbezogenen Verträgen, die die Versorgung einzelner Krankheitsbilder beinhalten, auch populationsbezogene Verträge vereinbart werden, welche sich auf die Versorgung einer definierten Population, beispielsweise Personen innerhalb eines geografisch eingeschlossenen Gebiets, beziehen. Neben den im Gesetz genannten Leistungserbringern der IV wie

Krankenhäusern oder Vertragsärzten, scheinen auch andere Institutionen als potenzielle Initiatoren der IV geeignet zu sein. So organisieren z. B. gemeindepsychiatrische Träger eigene Managementgesellschaften und sind damit eigene Anbieter von Netzwerken der IV. Die konkrete Zusammenarbeit von Managementgesellschaften mit Leistungserbringern und Netzwerkpartnern wird in diesen Modellen regional abgestimmt und vertraglich geregelt. Der gemeindepsychiatrische Bereich sowie stationäre Anbieter oder ambulante Ärztenetze arbeiten in verbindlichen Netzwerkstrukturen konstruktiv zusammen. Abgesehen von gemeindepsychiatrischen Verbänden, die bereits jetzt eigene IV-Netzwerke betreiben, können auch unabhängig agierende (Management-)Gesellschaften IV-Netzwerke anregen. Da letztere nicht zu den bisherigen Leistungserbringern und -finanzierern gehören, können sie losgelöst von Versorgungsstrukturen agieren. Neben dem allgemeinen Management können diese Dienstleister zahlreiche weitere Aufgaben erfüllen und so zu einer optimierten Versorgung beitragen:

Managementgesellschaften

- Akquisition von Leistungserbringern und -nehmern
- Beratungsleistungen für die Leistungserbringer
- Durchführung von Fortbildungen und Schulungen
- Organisation der Dokumentation
- Entwicklung und Bereitstellung einer IT-Plattform
- Organisation des Abrechnungswesens
- Öffentlichkeitsarbeit und Interessenvertretung
- Rechtsprüfung der Verträge (Amelung und Lägél 2008).

Um die im Vertrag ausgehandelten Inhalte und Leistungsumfänge für die Behandlung zu konkretisieren, können BHP im Rahmen der IV eingeführt werden. Sie sollen dazu dienen, evidenzbasierte Behandlungsschritte in den Versorgungsalltag zu implementieren und diese allen Vertragspartnern und Leistungserbringern transparent darzulegen. Sie stellen den Ablauf der Behandlung dar und legen Aufgaben der einzelnen Akteure fest, ohne dabei starre Arbeitsanweisungen vorzugeben.

BHP für die IV

Das im Folgenden beschriebene IV-System basiert auf einem BHP. Dieser BHP orientiert sich zum einen an evidenzbasierten Leitlinien zur Schizophrenie und zum anderen an der aktuellen Versorgungssituation von Menschen mit Schizophrenie. Es ist damit Teil eines umfassenden Versorgungskonzeptes. Ziel ist es, eine interdisziplinäre und vor allem individuelle Versorgung zu gewährleisten, die an die spezifischen Erkrankungsphasen des Betroffenen angepasst ist. Diese sollte nach Möglichkeit wohnortnah und bedarfsabhängig sowie unter wirtschaftlichen und qualitätssichernden Aspekten durchgeführt werden.

Der vorliegende BHP richtet sich an Patienten mit der Erkrankung Schizophrenie (F2 gemäß ICD-10).⁹ Dies betrifft folgende Patientengruppen: Ersterkrankte, chronisch bzw. mehrfach erkrankte Patienten oder Personen, die sich aktuell in einer psychotischen Phase befinden oder aufgrund ihrer Erkrankung in Behandlung sind. Der Eintritt in das Versorgungsmodell ist freiwillig und sollte – zur Vermeidung des Aufbaus von Parallelstrukturen – Patienten jeder Krankenkasse ermöglicht werden.

Die Behandlung schizophrener Erkrankungen erfordert vielfältige Maßnahmen aus den Bereichen Pharmakotherapie, Psychotherapie und Soziotherapie (ST), da Symptom- und Verlaufsmuster sehr vielfältig, die Betroffenen in vielerlei Hinsicht beeinträchtigt und die Angehörigen oft sehr belastet sein können (Katschnig et al. 2002). Im Rahmen einer ganzheitlichen Behandlungsplanung wird in diesem BHP deshalb der parallele Einsatz unterschiedlicher somatischer und psychosozialer Therapiekomponenten – gewichtet nach Krankheitsphase – empfohlen. Ziel einer solchen Behandlung ist neben weitestgehender Symptomfreiheit die Erhaltung oder Wiedererlangung eines selbstbestimmten, unabhängigen Lebens in Verbindung mit der (Wieder-)Herstellung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit. In der Remissionsphase sind zusätzlich Prophylaxe, Früherkennung und -behandlung von Rückfällen sowie eine

⁹ Ausgeschlossen sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sowie ältere Erkrankte über 65 Jahre und Straftäter.

Suizidprophylaxe von hoher Bedeutung. Zudem gilt es, die Betroffenen dabei zu unterstützen, unter Nutzung vorhandener Ressourcen ihre Belange eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu gestalten und ihre Mitbestimmung, bspw. im Rahmen von Therapieentscheidungen, zu fördern (Gaebel und Wölwer 2010). Um auf diesen besonderen Behandlungs- und damit Versorgungsbedarf von an Schizophrenie erkrankten Menschen eingehen zu können, basiert der BHP auf folgenden Konzepten: 1. Shared-Decision-Making (SDM), 2. Case Management (CM) und 3. Assertive Community Treatment (ACT).

- Shared-Decision-Making

 - SDM (zu Deutsch Partizipative Entscheidungsfindung) zielt darauf ab, dass der Arzt gemeinsam mit dem Patienten die Inhalte seiner Behandlung in einem Behandlungsplan fest schreibt. So befragt der behandelnde Arzt im Rahmen eines gemeinsamen Austauschs den Patienten zu seinen Behandlungspräferenzen, um ihn im nächsten Schritt über die Möglichkeiten der Behandlung umfassend zu informieren und aufklären zu können. Im Anschluss wird in einem Entscheidungsprozess zusammen mit dem Patienten der Behandlungsplan erstellt. Dies soll zum einen zu einer Verbesserung der Behandlungsbereitschaft und damit zum Behandlungserfolg führen. Zum anderen wird dem Patienten die Möglichkeit geboten, sich ausreichend zu informieren, sodass er eine adhärenzte Haltung zu den festgeschriebenen Maßnahmen einnehmen kann (Hamann et al. 2009; Spengler 2012).
- Case-Management

 - Aufgrund des stark fragmentierten Versorgungssystems finden insbesondere schwer oder chronisch erkrankte Menschen zumeist nicht das für sie geeignete Angebot oder kennen die für sie wichtigen Anlaufstellen nicht. Um eine sektorenübergreifende Versorgung zu gewährleisten, hat sich nicht nur in Deutschland das Konzept des CM durchgesetzt. Dieses noch nicht flächendeckend umgesetzte innovative Konzept verfolgt das Ziel, eine koordinierende Unterstützung für verschiedene Versorgungsleistungen zu bieten, Motivationshilfe für Betroffene zu sein und durch intensivere Abstimmung zu einer Verbesserung der Kooperation zu führen (Miehe et al. 2004).
- Assertive Community Treatment

 - Zu einer optimalen Versorgung führt die Verknüpfung des CM-Ansatzes mit einer aufsuchenden Betreuung (ACT), durch die ein kontinuierlicher und direkter Kontakt gewährleistet wird (Weinmann und Gaebel 2005; Weinmann et al. 2009). Ambulante psychiatrische Bezugspflegekräfte (p-BP) suchen den Patienten, je nach Bedarf z. T. mehrmals wöchentlich, in seiner häuslichen Umgebung auf. Durch diese Form der aufsuchenden Betreuung sollen die Behandlungszufriedenheit und -akzeptanz erhöht, Einweisungen in eine psychiatrische Klinik reduziert sowie Suizide vermieden werden. Zudem stellt dieses Angebot eine Möglichkeit dar, eine sektorenübergreifende Behandlungskontinuität sicherzustellen (Melchinger et al. 2004; Malone et al. 2009). Diese ist v. a. bei der Versorgung von an Schizophrenie erkrankten Menschen essentiell (Berghofer et al. 2000; Kaiser et al. 2001).

Der BHP gliedert sich in fünf Abschnitte (Vermittlung, Aufnahme, Behandlung, Notfall- und Kriseninterventionen sowie Kooperation und Koordination) mit insgesamt 33 Modulen, die für den Behandlungs- und Versorgungsablauf wichtig sind. Die Behandlungsmodule sind Leistungseinheiten, die gemäß den in Tabelle 1 aufgeführten Kriterien definiert sind. Beschriebene Aufgaben in den Modulen können teilweise oder vollständig durch andere als die genannten Berufsgruppen durchgeführt werden. Generell wird angeraten, sich vor der Implementierung des im Folgenden beschriebenen Versorgungsmodells einen Überblick über regionale Angebote und Leistungserbringer zu verschaffen. Diese können je nach aktueller Phase und Verarbeitung der Erkrankung eines Patienten ausgewählt und zu einem persönlichen Behandlungsplan kombiniert werden. Im Zentrum des BHP Schizophrenie steht der p-FA. Dieser steht in engem Austausch mit einer p-BP. In Regionen, in denen es keinen ambulanten psychiatrischen Pflegedienst (APP) gibt, erscheint es ratsam, ein solches Angebot zu platzieren. Möglich ist, dass dort der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) oder die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) die Aufgaben einer p-BP übernehmen.

Die Module sind hinter den jeweiligen Überschriften mit (B) oder (E) gekennzeichnet. Als Basismodule (B) werden Interventionen bezeichnet, die die Grundlage der ambulanten Diagnostik und Behandlung bilden. Sollten diese nicht ausreichen, müssen Ergänzungsmodule (E) in Betracht gezogen werden. Die Module sollen als Orientierungshilfe für das Agieren der Leistungsanbieter dienen. Sie stellen keine Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit dar.

Die aufgeführten Module entbinden allerdings die Leistungsanbieter nicht von einer eigenverantwortlichen Einschätzung des Behandlungsbedarfs ihrer Patienten und der Veranlassung der erforderlichen Maßnahmen entsprechend ihrer berufsgruppenspezifischen therapeutischen Verantwortung.

Tab. 1:
Kriterien zur Definition der Behandlungsmodule

Nr. des Moduls	Name des Moduls (B/E)	Erkrankungsstadium ¹⁰
Ziele	Was soll mithilfe des Moduls/der Intervention erreicht werden?	
Voraussetzungen	Unter welchen Bedingungen/Voraussetzungen kann bzw. muss das Modul begonnen und/oder beendet werden?	
verordnet/überwiesen durch:	Wer überweist zum Modul oder verordnet das Modul?	
Patienteneigenschaften:	Für wen ist das Modul gedacht/geeignet?	
Leistungserbringer	Wer ist bzw. welche Leistungserbringer/Fachkräfte sind beteiligt?	
Aufgaben p-FA/p-BP	Wer hat welche Aufgaben im Rahmen der IV-Versorgung?	
Ort	Wo findet die im Modul beschriebene Intervention statt?	
Aufwand	Mit welchem zeitlichen Aufwand ist bei den jeweiligen Akteuren zu rechnen?	
Ergebnisdokumentation	Welche Ergebnisindikatoren, Formulare o. Ä. sind zu dokumentieren?	
Anmerkungen	Welche für das Modul relevanten Informationen, die durch die anderen Punkte nicht abgedeckt wurden, sind wichtig?	
Implementierungshinweise	Welche Implementierungsbarrieren existieren bzw. was könnte die Implementierung erleichtern?	
Literatur (Leitlinien ¹¹ , weitere Literatur, Interviews)	Welche Hinweise aus der Literatur oder den Interviews bzw. welche Empfehlungen der Leitlinie wurden in das Modul eingearbeitet?	
Anknüpfende Module	Welche(s) Modul(e) schließt/schließen innerhalb des BHP an?	

Wichtige Pfadinhalte werden darüber hinaus in Form von Algorithmen visualisiert, die den Leistungserbringern als Praxishilfen dienen. Hierzu gehören beispielsweise die Algorithmen für die Differenzialdiagnostik, die Pharmakotherapie oder für die Versorgung im psychiatrischen Notfall und in Krisen (► **Anhang 4–11**). Durch die graphische Darstellung werden die entsprechenden Versorgungsabläufe übersichtlich skizziert, um so die Anwenderfreundlichkeit des BHP zu erhöhen.

¹⁰ A = Akutes Stadium, C = Chronisches Stadium, E = Ersterkrankung

¹¹ Die ausführlichen Formulierungen der Empfehlungen und der Empfehlungsstärke der S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie und der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapie befinden sich im *Anhang 12* und *13*. Die Empfehlungen der PORT-R werden im Modul schriftlich wiedergegeben. Auf die Empfehlungen der LL NICE wird verwiesen, indem vermerkt ist, in welchem Kapitel die Empfehlungen zu finden sind.