

Bundesgesundheitsbl
<https://doi.org/10.1007/s00103-018-2865-1>

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil
 von Springer Nature 2019



Daniela Heddaeus¹ · Jörg Dirmaier¹ · Anne Daubmann² · Thomas Grochtdreis³ · Hans-Helmut König³ · Bernd Löwe⁴ · Kerstin Maehder⁴ · Sarah Porzelt⁵ · Moritz Rosenkranz⁶ · Ingo Schäfer⁶ · Martin Scherer⁵ · Bernd Schulte⁶ · Olaf von dem Knesebeck⁷ · Karl Wegscheider² · Angelika Weigel⁴ · Silke Werner⁷ · Thomas Zimmermann⁵ · Martin Härter¹

¹ Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

² Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

³ Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

⁴ Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

⁵ Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

⁶ Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

⁷ Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Erprobung eines integrierten und gestuften Behandlungsmodells für psychische Störungen und Komorbiditäten im Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung

Einleitung

Fast ein Drittel der deutschen Allgemeinbevölkerung (27,7 %) erfüllt die Kriterien für mindestens eine psychische Störung innerhalb der letzten zwölf Monate [1]. Hiervon sind die häufigsten: *Angststörungen* (15,3 %), *affektive Störungen* (9,3 %), *Substanzmissbrauch* (5,7 %), *Zwangsstörungen* (3,6 %) sowie *somatoforme und funktionelle Störungen* (3,5 %). Häufig bestehen Komorbiditäten: 44 % der Patienten sind von zwei und 22 % von drei oder mehr psychischen Störungen gleichzeitig betroffen [1]. Laut Schätzungen werden bis zum Jahr 2020 krankheitsbedingte Belastungen (um Behinderung bereinigte Lebensjahre – „DALYs“) durch psychische und neurologische Störungen weiter ansteigen [2]. Im Jahr 2015 wurden in Deutschland 13,1 % der nationa-

len Krankheitskosten [3] und 14,1 % aller krankheitsbezogenen Arbeitsausfälle durch psychische Störungen verursacht [4].

Nur 18,9 % der Personen mit psychischen Störungen nahmen innerhalb der letzten zwölf Monate aufgrund ihrer psychischen Probleme Angebote der Gesundheitsversorgung in Anspruch [5, 6]. Ein verbesserter Zugang zur Versorgung gewinnt durch den demografischen Wandel in Deutschland zunehmend an Bedeutung, da in einer alternden Gesellschaft eine Zunahme von chronischen somatischen, psychischen und insbesondere multimorbiden Störungen zu erwarten ist [7]. In der Mehrzahl der Fälle sind Hausärzte die ersten Ansprechpartner, womit ihnen eine zentrale Bedeutung in der Primärversorgung zukommt [8].

Collaborative Care ist eine leitliniengerechte Form der Behandlung, die systematisch die Integration verschiedener Behandler, z. B. Hausärzte, Psychiater, Psychotherapeuten, fokussiert und dabei auf Verbesserungen in Screening, Diagnostik und Patientenpartizipation abzielt [9, 10]. Systematische Übersichtsarbeiten ermittelten bei Collaborative-Care-Modellen eine moderate Effektstärke [11–13] und Kosteneffektivität [14, 15] für Patienten mit depressiven Störungen und/oder Angststörungen, teilweise auch für Patienten mit komorbiden somatischen Erkrankungen, z. B. Depression und Diabetes [11, 16]. Collaborative Care wird häufig mit *Stepped Care* (gestufter Versorgung) kombiniert, einem in Leitlinien empfohlenen Ansatz, in dem Patienten auf Interventionsstufen verschiedener Intensität behandelt wer-

den [17–19]. Patienten werden abhängig von ihrem Ansprechen auf die jeweilige Behandlung in intensivere oder weniger intensive Behandlungsformen eingestuft [20]. *Stepped-Care-Modelle* beinhalten Elemente des Care Management und variieren stark in Art und Umfang der angebotenen Interventionen, Behandler und Kriterien für den Wechsel der gewählten Interventionsstufe (hoch- bzw. herunterstufen). Die Mehrzahl aktueller *Stepped-Care-Modelle* beinhalten niederschwellige psychotherapeutische Interventionen und Psychopharmakotherapie ohne den Einbezug von Selbsthilfeelementen [21–23]. Andere fokussieren Selbsthilfe und psychotherapeutische Interventionen, ohne Medikationsmanagement systematisch zu integrieren [24, 25].

International gibt es bislang nur wenige *Collaborative- bzw. Stepped-Care-Interventionen*, die alle diese Elemente systematisch in einem Modell integrieren und in randomisiert-kontrollierten Studien evaluiert wurden [26–28]. Studien belegen, dass *Stepped Care* effektiv bei der Behandlung von depressiven Störungen ist, jedoch fehlen weitere Studien zur Kosteneffektivität und zur optimalen Umsetzung [20, 29]. In einigen Studien wurden die Effekte von *Stepped Care* bei *depressiven und Angststörungen* zusammen erforscht [11, 24, 25] sowie eine niederschwellige Intervention zur Selbstmanagementförderung in der Hausarztpraxis für die überlappenden Symptomkonstellationen aus Ängstlichkeit, Depressivität und somatoformen Beschwerden evaluiert [30]. Bei einem *Stepped-Care-Modell für Panikstörung und generalisierte Angststörung* konnten Wirksamkeit und Kosteneffektivität nachgewiesen werden [31, 32]. Für *alkoholbezogene Störungen* liegen wenige wissenschaftliche Belege hinsichtlich *Stepped Care* vor [33, 34]. Amerikanische *Stepped-Care-Ansätze* zeigten die Machbarkeit im primärärztlichen Bereich; diese waren meist zu Beginn kostenintensiv, aber langfristig mit einem besseren Gesundheitszustand assoziiert [35].

Bezüglich *somatoformer und funktioneller Störungen* sprechen Übersichtsarbeiten sowie internationale und deutsche

Leitlinien für eine Behandlung im Rahmen von *Collaborative und Stepped Care* [36, 37]. Erste Befunde weisen darauf hin, dass die integrierte gestufte Versorgung das Management bei *somatoformen und funktionellen Störungen* verbessern kann [38]. Die vorhandene Evidenz aus klinischen Studien zur Wirksamkeit gestufter Versorgungsansätze ist allerdings bislang begrenzt auf funktionelle somatische Symptome, die eine Untergruppe somatoformer Störungen darstellen und anhaltende somatische Symptome ohne organopathologisches Korrelat beschreiben. Auch wurden entsprechende Ansätze im hausärztlichen Setting bisher kaum in die Praxis implementiert und evaluiert [39]. Somatoforme und funktionelle Störungen sind nicht nur ein häufiges Phänomen, sie werden zudem oft von Depressionen und Angststörungen begleitet [40], was die Notwendigkeit von integrierten multidisziplinären Versorgungsansätzen für anhaltende somatische Symptome mit diesen psychischen Begleiterkrankungen unterstreicht [41].

In Deutschland konnten im Rahmen des sektorenübergreifenden Forschungsnetzwerkes *psychenet: Hamburger Netz psychische Gesundheit*, das von 2011 bis 2015 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wurde, mit den Teilprojekten *Selbstmanagementförderung in der hausärztlichen Praxis* [30, 42], *Gesundheitsnetz Depression* [43] und *Gesundheitsnetz somatoforme Störungen* [44, 45] innovative *Collaborative- und Stepped-Care-Modelle* erfolgreich implementiert und evaluiert werden. Dabei wurde Expertise bezüglich der erfolgreichen Etablierung und Organisation integrierter und gestufter Versorgungssysteme aufgebaut [46]. Erste positive Ergebnisse zeigten sich hinsichtlich der Akzeptanz [46–48], der geeigneten Zielgruppenansprache [49] und der besseren Behandlungsergebnisse [43, 48]. Dennoch konnte das Ziel, ein umfassendes Netzwerk zu schaffen, das in der Lage ist, die Bedarfe der Behandler hinsichtlich der großen Überschneidung psychischer Syndrome in der Primärversorgung und damit der großen Mehrheit der Patienten mit psychischen Störungen zu berücksichtigen, noch nicht erreicht und evaluiert werden. Eine weitere Li-

mitation bisheriger Forschungs- und Implementierungsbemühungen besteht darin, dass diese Modelle überwiegend in den USA durchgeführt und evaluiert wurden [11]. Hier gibt es eine relevante Forschungslücke, da die ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung in unterschiedlichen Ländern sehr verschieden strukturiert ist [28]: Zum Beispiel anstelle der Behandlung in großen Gesundheitszentren sind deutsche Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater in der Regel in Einzelpraxen tätig. Zusätzlich sind zum aktuellen Zeitpunkt weitere Forschungsfragen offen: z. B. ob gestufte integrierte Versorgungsmodelle kosteneffektiv sind und wie man sie am besten in die Regelversorgung überführen kann.

Daher sind die Entwicklung von integrierten und gestuften Behandlungsmodellen in der Primärversorgung, in welchen die häufigsten psychischen Störungen sowie deren Komorbiditäten evidenz- und leitlinienbasiert behandelt werden können, und deren Evaluation in randomisiert-kontrollierten Studiendesigns dringend erforderlich. Derartige integrierte Versorgungsansätze mit dem Fokus auf der Komorbidität sind in Deutschland bisher noch nicht umgesetzt worden. Darüber hinaus ist noch nicht ausreichend beforscht worden, wie die Akzeptanz und Implementierbarkeit solcher Versorgungsmodelle erhöht werden können.

Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung (HAM-NET)

Die folgende Darstellung zu einem neu entwickelten *Collaborative- und Stepped-Care-Modell* sowie dort verorteter Diagnose- und Behandlungselemente stammt aus dem aktuell laufenden Projekt „*Integrierte und gestufte Versorgung psychischer Erkrankungen durch Überwindung sektoraler Behandlungsbarrieren (COMET)*“ (2017–2020), welches im Rahmen des Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung (HAM-NET) durchgeführt wird. Dieses Netzwerk wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) durch eine spezifische Förderung zum Struk-

Bundesgesundheitsbl <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2865-1>
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2019

D. Heddaeus · J. Dirmaier · A. Daubmann · T. Grochtdreis · H.-H. König · B. Löwe · K. Maehder · S. Porzelt · M. Rosenkranz · I. Schäfer · M. Scherer · B. Schulte · O. von dem Knesebeck · K. Wegscheider · A. Weigel · S. Werner · T. Zimmermann · M. Härter

Erprobung eines integrierten und gestuften Behandlungsmodells für psychische Störungen und Komorbiditäten im Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung

Zusammenfassung

Die Versorgung psychischer Störungen stellt eine große Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem dar. Wenn Mehrfachdiagnosen vorliegen, leiden die Betroffenen unter einer besonders hohen Krankheitslast. Innovative Behandlungsmodelle für eine integrierte und gestufte Versorgung (Collaborative Care und Stepped Care) sind bisher nur hinsichtlich ihrer Wirksamkeit für singuläre Störungsbilder untersucht worden. Das Projekt „Integrierte und gestufte Versorgung psychischer Erkrankungen durch Überwindung sektoraler Behandlungsbarrieren“ (COMET), welches vom Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung (HAM-NET) von 2017 bis 2020 durchgeführt

wird, untersucht ein innovatives, leitlinienorientiertes Versorgungsmodell zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen unter Einbezug möglicher Komorbiditäten. Dieses neue Stepped- und Collaborative-Care-Modell für Patienten der Primärversorgung, das Hausärzte, Psychiater und Psychotherapeuten sowie Kliniken vernetzt, wird im vorliegenden Beitrag vorgestellt. Zur Implementierung und Förderung des Modells wurden leitliniengerechte Behandlungspfade, ein tabletgestütztes Programm für Screening, Diagnostik und leitliniengerechte Behandlungsempfehlungen sowie eine webbasierte Terminvergabeplattform entwickelt.

Die aus dem Projekt gewonnenen Erkenntnisse zur Effektivität und Effizienz des Modells können die Entscheidung, ob das Modell zukünftig in die Gesundheitsversorgung übertragen wird, unterstützen. Damit könnte ein entscheidender Fortschritt im Hinblick auf eine stärker integrierte und sektorenübergreifende Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen gelingen.

Schlüsselwörter

Gestufte Behandlung · Integrierte Versorgung · Psychische Störungen · Komorbidität · Leitlinienbasierte Gesundheitsversorgung

Clinical trial of a stepped and collaborative care model for mental illnesses and comorbidities in the Hamburg Network for Health Services Research

Abstract

Healthcare for mental disorders is a big challenge for the German healthcare system. In cases of comorbid mental diseases, patients suffer from an especially high burden of disease. So far, innovative care models for collaborative and stepped care have only been investigated with respect to their effectiveness for single mental disorders. The project “Collaborative and Stepped Care in Mental Health by Overcoming Treatment Sector Barriers” (COMET), which is being carried out by the Hamburg Network for Health Services Research (HAM-NET) from 2017 until

2020, examines an innovative, guideline-based healthcare model for the improvement of healthcare for patients with mental illnesses and their potential comorbidities. In this article this new stepped and collaborative care model for patients in primary care that integrates general practitioners, psychiatrists, psychotherapists, and hospitals is presented. For the implementation and facilitation of the model, guideline-based treatment pathways, a tablet-based computer program for screening, diagnostic and guideline-based

treatment recommendations, as well as a web-based transferal platform were developed. The results of this project on the effectiveness and efficacy of the model can help determine if the model can be implemented in routine healthcare. This could represent a major step towards more integrated and cross-sectoral healthcare for patients with mental illnesses.

Keywords

Stepped care · Collaborative care · Mental disorders · Comorbidity · Guideline-based healthcare

turaufbau in der Versorgungsforschung finanziert. Das Ziel von HAM-NET sind die Förderung und Koordination der Versorgungsforschung sowie die Verbindung von Versorgungsforschung und Versorgungspraxis in Hamburg (weitere Informationen unter www.ham-net.de).

Ziele und Methodik des Projekts COMET

Ziele des im Rahmen von HAM-NET umgesetzten Versorgungsmodells COMET sind 1) die *Implementierung* und *Ergebnisevaluation*, 2) die *Pro-*

zessevaluation und 3) die *Analyse der Kosteneffektivität* eines innovativen, integrierten und gestuften Versorgungsmodells für Patienten mit depressiven, Angst-, somatoformen und funktionellen bzw. alkoholbezogenen Störungen im Vergleich zur Regelversorgung. Durch die Elemente der integrierten und gestuften Versorgung soll die Nutzung vorhandener Ressourcen bedürfnis- und bedarfsorientiert optimiert und so die Versorgung der Betroffenen verbessert werden. Die Innovation besteht in der Integration der vier Störungsbereiche in einem Versorgungsmodell und der

besonderen Berücksichtigung möglicher Komorbiditäten. Dies soll eine stärkere Übereinstimmung mit der Versorgungsrealität ermöglichen als die Behandlung separater Störungsbilder und damit eine höhere externe Validität der Evaluationsergebnisse. Die konzeptuelle Basis fokussiert auf die Implementierung störungsspezifischer evidenzbasierter Leitlinien sowie der patientenzentrierten Versorgung unter expliziter Berücksichtigung von Zugang, Koordination und Beständigkeit der Versorgung, Patienteninformation, Patienteneinbezug und Empowerment.

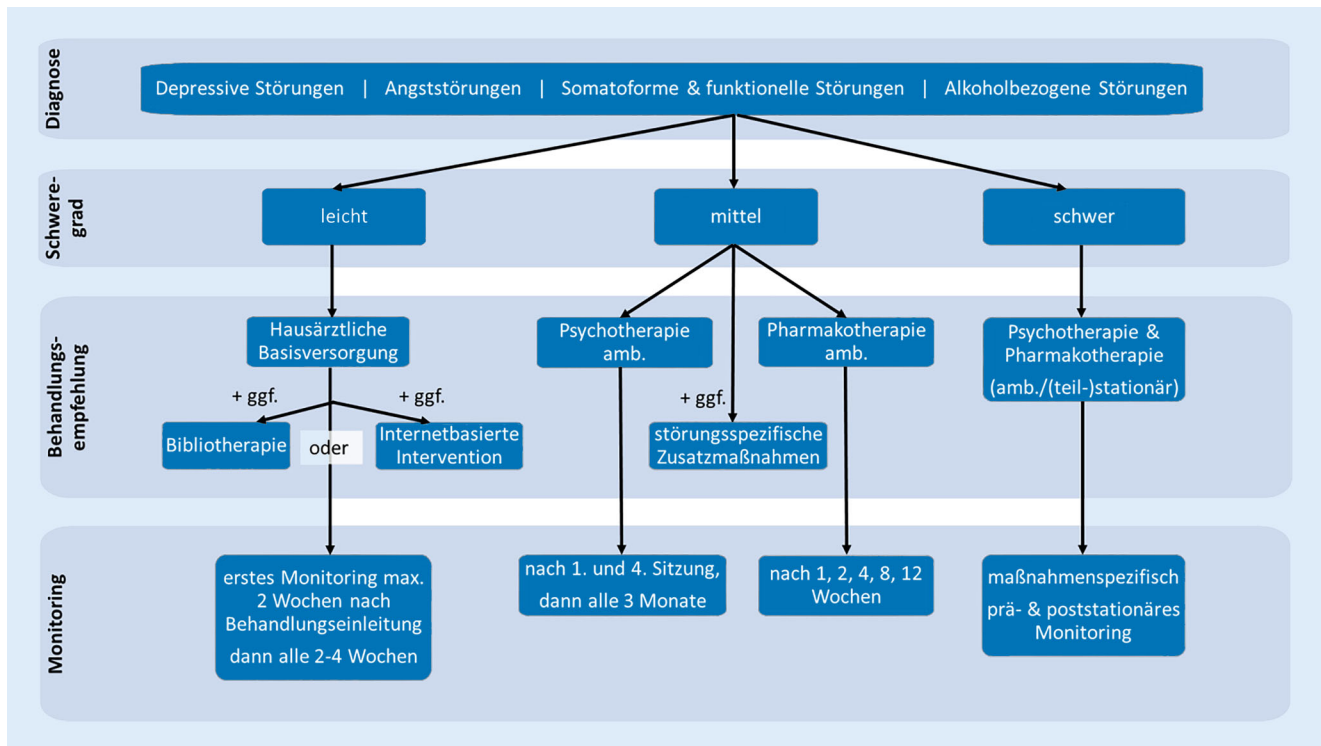


Abb. 1 ▲ Störungsübergreifender Behandlungspfad Stepped und Collaborative Care COMET

Im Rahmen einer multiprofessionellen Kooperation von Behandlern unterschiedlicher Versorgungssektoren wurde ein Kooperationsnetz mit Hausärzten, Psychiatern, Psychotherapeuten und stationären Einrichtungen in der Metropolregion Hamburg etabliert. Evidenzbasierte klinische Leitlinien und Behandlungspfade mit Behandlungsoptionen unterschiedlicher Intensität inklusive niederschwelliger Interventionen (u. a. internetbasierte Interventionen) und direktem Zugang zu Psychiatern und Psychotherapeuten sowie zur stationären Behandlung bilden die klinische und prozedurale Grundlage der Netzwerkarbeit. Mit dem Aufbau dieses Netzwerkes, in dem Patienten mit einer oder mehreren Störungen die Möglichkeit haben, schneller und evidenzbasierter behandelt zu werden, sollen v. a. die Symptomlast und die Versorgungskosten reduziert werden.

Hausarztpatienten, die in diesem innovativen Modell behandelt werden, werden mit Patienten der Regelversorgung hinsichtlich der Veränderung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität und weiterer Zielgrößen verglichen. In gesundheitsökonomischen Analysen

werden direkte und indirekte Kosten kalkuliert und die Kosteneffektivität ermittelt. Die Prozessevaluation umfasst die Erhebung der Machbarkeit und Akzeptanz des Gesamtmodells durch Behandler und Patienten sowie der verschiedenen Behandlungskomponenten inklusive des Implementierungsprozesses.

Behandlungspfade und Diagnosetools

Um die beiden evidenzbasierten Ansätze Stepped- und Collaborative-Care in diesem Versorgungsmodell wirkungsvoll zu implementieren, wurden spezifische innovative Interventionselemente entwickelt. Für den Stepped-Care-Ansatz wurden leitliniengerechte gestufte Behandlungspfade und ein tabletgestütztes Screening- bzw. Diagnosemodul (COMET-eDiagnostik-Tool) entwickelt, welches die Erkennung der einbezogenen psychischen Störungsbilder erleichtert. Für den Collaborative-Care-Ansatz wurde neben dem Netzwerkaufbau, inklusive entsprechender Netzwerktreffen und Qualitätszirkel, eine digitale Terminvergabeplattform programmiert, die die

Zusammenarbeit im Netzwerk fördert und vereinfacht.

Zur Entwicklung leitliniengerechter Behandlungspfade für die vier unterschiedlichen Störungsbilder wurden zunächst die entsprechenden fach- und indikationsbezogenen Leitlinien [18, 19, 37, 50] gesichtet. Anschließend wurden aus den Empfehlungen evidenzbasierte, bedarfsorientierte Behandlungspfade abgeleitet, die sowohl in den Collaborative- als auch in den Stepped-Care-Ansatz, bei dem die Intensität der Behandlung der Schwere der Erkrankung und den Bedürfnissen des Patienten zugeordnet wird, integriert wurden (s. ▣ Abb. 1).

Als Grundlage hierfür diente der bereits in einem ähnlichen Projekt entwickelte Behandlungspfad zu *depressiven Störungen* [43], bei dem die Zuteilung der Patienten zu den unterschiedlichen Behandlungsstufen anhand des Schweregrades der Erkrankung (leichte, mittelgradige, schwere Depression) unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse vorgenommen wurde. Analog hierzu wurden Behandlungspfade für *Angst-, somatoforme und funktionelle* und *alkoholbezogene Störungen* beschrieben so-

Tab. 1 Kriterien zur Einstufung des Schweregrades bei Angststörungen und somatoformen Störungen. Im Rahmen des Projektes COMET erstellt aus der S3-Leitlinie Behandlung von Angststörung, der NICE Guideline zu Angststörungen sowie aus der S3-Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“

Leichte Ausprägung	Mittelgradige Ausprägung	Schwere Ausprägung
Leichter Leidensdruck	Mittlerer Leidensdruck	Hoher Leidensdruck
Ist in der Lage, seinen Alltag zu bewältigen	Mittlere Symptomintensität	Hohe Symptomintensität
Leichte Symptomintensität	Mittlere Beeinträchtigung durch die Symptome	Hohe Beeinträchtigung durch die Symptome
Leichte Symptombeeinträchtigung	Polysymptomatischer Verlauf	Deutlich reduzierte Funktionsfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit, sozialer Rückzug, körperliche Folgeschäden)
	Dysfunktionale Bewertung, starke gesundheitsbezogene Ängste	Dysfunktionale Bewertung, starke gesundheitsbezogene Ängste
	Hohes Inanspruchnahmeverhalten	Hinweise auf ernstes selbstschädigendes Verhalten
	Ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten	Besonders schwere psychische Komorbidität
	Reduzierte Funktionsfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit, sozialer Rückzug, körperliche Folgeschäden)	Suizidalität
	Mäßige bis hohe psychosoziale Belastung	
	Psychische Komorbidität (Von beiden) als schwierig erlebte Behandler-Patient-Beziehung	

wie ein störungsübergreifender Behandlungspfad erstellt (s. [Abb. 1](#)).

Bei *depressiven Störungen (leicht, mittelgradig und schwer)* und bei *alkoholbezogenen Störungen (riskanter Alkoholkonsum, schädlicher Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit)* ist die Einteilung des Schweregrads der Erkrankung und damit die Zuordnung zu leicht/mittel/schwer in den ICD-10-Kriterien enthalten. Um beim Vorliegen einer Angststörung oder einer somatoformen Störung den Schweregrad der Erkrankung zu bestimmen, wurden aus den entsprechenden Leitlinien [18, 19, 37, 50] entsprechende Kriterien extrahiert (vgl. [Tab. 1](#)).

Alkoholbezogene Störungen

Für Patienten, bei denen ein *riskanter Alkoholkonsum* vorliegt, sieht der Behandlungspfad im Anschluss an die hausärztliche Basisversorgung eine hausarztgeleitete und/oder eine internetbasierte Kurzintervention vor. Gegebenenfalls kann eine unterstützende Maßnahme durch ein Selbsthilfebuch („Bibliotherapie“) erfolgen.

Liegt ein *schädlicher Alkoholkonsum* vor, soll neben einer arztgeleiteten und/oder internetbasierten Kurzintervention eine Suchtberatung angeboten werden. In bestimmten Fällen ist auch eine unterstützende Pharmakotherapie sinnvoll.

Besteht eine *Alkoholabhängigkeit*, soll eine Suchtberatung angeboten werden. Zudem wird in diesem Fall empfohlen, eine qualifizierte Entzugsbehandlung ambulant (hier bei entsprechenden Voraussetzungen) oder stationär mit anschließender Entwöhnungsbehandlung durchzuführen.

Somatoforme und funktionelle Störungen

Bei Patienten mit einer mittelgradigen Störung aus dem Bereich der somatoformen und funktionellen Störungen soll zusätzlich zur ärztlichen Basisversorgung eine Psychotherapie empfohlen werden. Gegebenenfalls ergänzend kann eine zeitlich begrenzte Symptomlinderung durch Medikamente, aktivierende bzw. entspannende Verfahren, physikalische Maßnahmen oder eine Pharmakotherapie mit Antidepressiva bei Schmerzdominanz oder vorhandener psychischer Komorbidität angeboten werden. Bei schwer erkrankten Patienten soll eine multimodale, ggf. stationäre Behandlung zum Einsatz kommen.

Angststörungen

Bei Angststörungen mittleren Schweregrades ist die ambulante Psychotherapie die empfohlene Behandlung. Psychopharmakotherapie soll nur zum Einsatz

kommen, wenn eine Psychotherapie nicht durchgeführt werden kann. Bei Agoraphobie, sozialer Phobie, Panikstörung, generalisierter Angststörung sowie der Kombination aus Angst und Depression soll primär eine verhaltensorientierte Psychotherapie angeboten werden. Bei spezifischen Phobien soll eine gezielte Expositionsbehandlung erfolgen.

Komorbidie psychische Störungen

Leiden Patienten unter zwei oder mehreren dieser Störungen gleichzeitig, bestimmt der Behandler zusammen mit dem Patienten, welche Beschwerden im Vordergrund stehen. Hieran orientiert sich die primär eingesetzte Behandlung. Weitere Interventionen, die spezifisch auf komorbide psychische Störungen zielen (z. B. internetbasierte Selbsthilfe zum Thema alkoholbezogene Störungen), können zusätzlich genutzt werden. Liegt eine Komorbidität vor, soll in jedem Fall eine hausärztliche Überweisung zum Psychotherapeuten oder psychiatrischen bzw. psychosomatischen Facharzt stattfinden.

COMET-eDiagnostik-Tool

Um die entwickelten Behandlungspfade in der Intervention zu implementieren und die Behandler in ihrer Anwen-

Tab. 2 Erhebungsinstrumentarium Datenerhebung in der Hausarztpraxis (COMET-eDiagnostik-Tool)

	Störungsbereich			
	Depression	Angststörung	Somatoforme Störung	Alkoholbezogene Störung
1. Screening-module	PHQ-9	GAD-7 PHQ-Panikmodul	SSD-12 PHQ-15	AUDIT
2. Diagnosestellung: wenn 1. positiv	ICD-10-Kriterien Depression	ICD-10-Kriterien Angststörung	ICD-10-Kriterien somatoforme Störung	ICD-10-Kriterien alkoholbezogene Störungen
3. Einschätzung des Schweregrades der Erkrankung	(In Diagnose enthalten)	Checkliste Schweregrad-einschätzung (s. Tab. 1)	Checkliste Schweregrad-einschätzung (s. Tab. 1)	(In Diagnose enthalten)
4. Behandlungsentscheidung, wenn 2. positiv	An den Leitlinien orientierte Behandlungsempfehlung in Abhängigkeit von den gestellten Diagnosen und Komorbiditäten und Liste zur Auswahl stehender Behandlungsoptionen (s. Behandlungspfad)			

AUDIT Alcohol Use Disorders Identification Test, **GAD-7** Generalized Anxiety Disorder, Patient Health Questionnaire, Gesundheitsfragebogen für Patienten, Modul Generalisierte Angststörung, **PHQ-9** Patient Health Questionnaire, Gesundheitsfragebogen für Patienten, Modul Depression, **PHQ-Panikmodul** Patient Health Questionnaire, Gesundheitsfragebogen für Patienten, Modul Panikstörung, **PHQ-15** Patient Health Questionnaire, Gesundheitsfragebogen für Patienten, Modul Somatoforme Störungen, **SSD-12** Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale

derung zu unterstützen, wurde ein spezifisches Screening- und Diagnostiktool (COMET-eDiagnostik-Tool) entwickelt. Hierbei handelt es sich um ein tabletgestütztes Programm, das den Diagnostikprozess, die leitliniengerechten Behandlungsempfehlungen sowie die Einleitung angemessener Behandlungsmaßnahmen abbilden, vereinfachen und verbessern soll. Die Notwendigkeit der Entwicklung einer solchen Software ergab sich daraus, dass die systematische Identifizierung von psychisch erkrankten Patienten und die korrekte spezifische Diagnostik zwar die Voraussetzung für eine leitliniengerechte patientenorientierte Versorgung darstellen, aber in der Regelversorgung aktuell nicht optimal stattfinden und somit durch validierte Fragebögen, Anleitungen und Checklisten sinnvoll unterstützt werden können.

Das COMET-eDiagnostik-Tool soll die Identifikation psychisch belasteter Patienten durch validierte Screeningverfahren ermöglichen und bei der fachgerechten Diagnosestellung nach ICD-10 unterstützen. Schließlich soll es eine einheitliche Dokumentation von Diagnose, Behandlungsentscheidung und -einleitung ermöglichen. Psychometrisch erprobte Screeninginstrumente zu den Störungsbildern Depression, somatoforme und funktionelle Störungen,

Angststörungen und alkoholbezogene Störungen sind integriert (s. [Tab. 2](#)).

Das COMET-eDiagnostik-Tool kommt direkt im Wartezimmer zum Einsatz. Nach Erläuterung durch die medizinische Fachangestellte bereitet diese das Tablet für den Screening- und Diagnostikprozess vor und übergibt es dem Patienten. Dieser wird gebeten, die Screeningfragen zu beantworten. Die Ergebnisse werden dem Arzt automatisch aufbereitet und können direkt im Patientengespräch verwendet werden, da eine einfach verständliche, visuell unterstützte und patientenorientierte Rückmeldung zu den Ergebnissen der Screeningtests angezeigt wird ([Abb. 2](#)). Weiterführende Informationen zu den Screeningergebnissen und integrierte ICD-10-Diagnostikchecklisten zu den aufgeführten Störungsbildern unterstützen die Auswahl der Diagnose und der auf evidenzbasierten Leitlinien fußenden Behandlungsempfehlungen für den Behandler und die Patienten.

Stellt der Hausarzt eine oder mehrere der relevanten Diagnosen, werden die Patienten über die diagnostizierte(n) psychische(n) Erkrankung(en) und deren Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt. Hausarzt und Patient wählen nach einem Prozess partizipativer Entscheidungsfindung und unter Be-

rücksichtigung der Präferenzen und Bedürfnisse des Patienten die für den Patienten passende Behandlungsoption aus. Der Hausarzt erhält mithilfe der elektronischen Entscheidungsalgorithmen über das COMET-eDiagnostik-Tool leitlinienbasierte Behandlungsempfehlungen, um diese Entscheidung zu unterstützen.

Terminvergabeplattform

Die reibungslose Überweisung zwischen den Behandlern des Netzwerks wird durch die Bereitstellung eines *passwortgeschützten webbasierten Terminbuchungssystems* unterstützt. Diese Terminvermittlungsplattform wurde in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVHH) programmiert und mit dem Onlinesystem der KVHH verknüpft, zu dem alle niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten einen Zugang haben. Verfügbare Behandlungskapazitäten können hierüber von den Behandlern des Netzwerks angezeigt oder reserviert werden. So soll die Übermittlung von Patienten in Psychotherapie oder fachärztliche psychiatrische Behandlung unterstützt und eine zeitnahe Aufnahme weiterführender Therapien gefördert werden. Die Terminvergabeplattform ermöglicht folgende Funktionen:

- **Geschützter Bereich:** Die eingeschriebenen Behandler des Netzwerks (Hausärzte, Psychotherapeuten, Psychiater, Kliniken) haben Zugang zur Plattform.
- **Therapiekapazitäten anzeigen:** Psychotherapeuten und Psychiater geben Therapiekapazitäten auf der Plattform bekannt, indem sie einen Termin für eine probatorische Sitzung (Psychotherapeut) oder einen Termin für eine Sprechstunde (Psychiater) freigeben.
- **Reservierung von Therapieplätzen:** Die Behandler, die einen Therapieplatz für einen Patienten benötigen, buchen über die Plattform einen der Therapieplätze bzw. Gesprächstermine unter Angabe ihres Namens. Reservierte Therapieplätze sind für andere Behandler nicht mehr sichtbar.

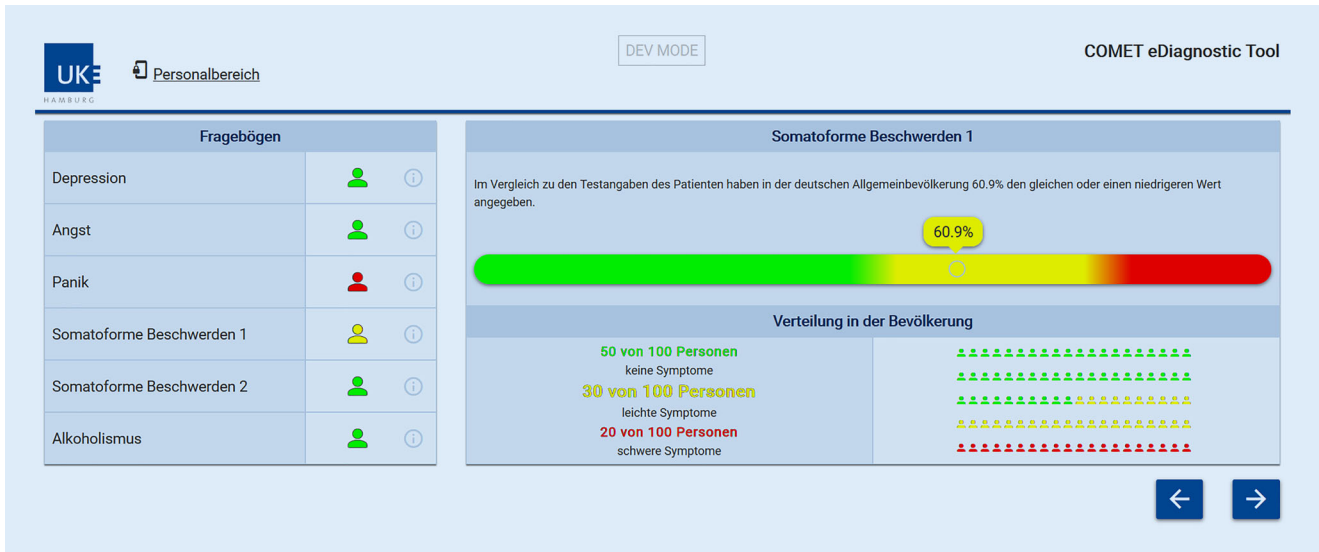


Abb. 2 ▲ Beispiel für Ergebnismeldung nach dem Screening (COMET-eDiagnostik-Tool)

- **Informationen über Behandler:** Der reservierende Behandler sieht auf der Plattform, in welchem Stadtteil die Praxis des Psychotherapeuten/ Facharztes liegt und welches Therapieverfahren dieser anbietet.
- **Rückmeldung:** Der Psychotherapeut oder Psychiater, der einen Therapieplatz freigibt, wird per E-Mail informiert, wenn sein Therapieplatz gebucht wurde.

Ausblick

Collaborative- und Stepped-Care-Modelle weisen durch die Leitlinienorientierung, die Implementierung von Screening- und Diagnosealgorithmen, die Einführung von evidenzbasierten Behandlungspfaden, die Vernetzung von Akteuren sowie die Etablierung niedrigschwelliger Behandlungen ein großes Potenzial für die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen auf. Es ist dabei bedeutsam, dass nicht nur einzelne Störungsbilder in neuen Versorgungsmodellen untersucht werden, sondern die häufigsten psychischen Störungen innerhalb eines Versorgungsmodells abgedeckt und dabei auch die Komorbiditäten der Störungsbilder untereinander berücksichtigt werden können. Das hier beschriebene Versorgungsmodell und die damit verknüpfte Studie widmen sich zum ersten Mal in Deutschland dieser klinischen, inhalt-

lichen und wissenschaftlichen Herausforderung. Um der Komplexität eines solchen gestuften, integrierten und Komorbiditäten einbeziehenden Versorgungsmodelles im Praxisalltag gerecht zu werden und die Implementierung zu fördern, können IT-gestützte Technologien eingesetzt werden. Der Beitrag stellte innovative IT- und webbasierte Instrumente vor, die sowohl den gestuften (=Stepped-) als auch den integrierten (=Collaborative-)Anteil aktueller Versorgungsmodelle adressieren. Mit einem tabletgestützten Screening-, Diagnostik- und Behandlungsempfehlungsprogramm kann die Implementierung leitliniengerechter Behandlungspfade in der Versorgung gefördert werden. Die Suche nach Behandlungskapazitäten und deren Vermittlung sowie die Vernetzung verschiedener an der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen beteiligter Behandler kann durch eine digitale Vermittlungsplattform gefördert werden. Für weitere Erkenntnisse und die Verstärkung innovativer Versorgungsmodelle ist die Evaluation der Effektivität und Effizienz im Rahmen des Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung (2017–2020) eine notwendige Voraussetzung. Danach kann entschieden werden, ob dieses Modell eine Chance haben wird, in die Gesundheitsversorgung übertragen zu werden, z. B. im Rahmen eines Selektivvertrages oder ähnlicher Transfermöglichkeiten.

Wenn dies gelänge, wäre ein entscheidender Fortschritt im Hinblick auf eine stärkere integrierte und sektorenübergreifende Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen erreicht.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Martin Härter
 Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Martinstr. 52, 20246 Hamburg, Deutschland
 m.haerter@uke.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. D. Heddaeus, J. Dirmaier, A. Daubmann, T. Grochtdreis, H.-H. König, B. Löwe, K. Maehder, S. Porzelt, M. Rosenkranz, I. Schäfer, M. Scherer, B. Schulte, O. von dem Knesebeck, K. Wegscheider, A. Weigel, S. Werner, T. Zimmermann und M. Härter geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Das beschriebene Projekt „Integrierte und gestufte Versorgung psychischer Erkrankungen durch Überwindung sektoraler Behandlungsbarrieren (COMET)“ wurde von der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg begutachtet (Bearbeitungsnummer PV5595 am 08.09.2017) und wird mit deren Zustimmung durchgeführt. Die Studie ist bei www.clinicaltrials.gov registriert (ClinicalTrials.gov ID: NCT03226743). Das Projekt wird unter dem Förderkennzeichen 01GY1602 vom BMBF gefördert.

Literatur

1. Jacobi F, Hoyer M, Siebert J et al (2014) Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the mental health module of the German health interview and examination survey for adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 23:304–319
2. WHO (2001) The world health report 2001 – mental health: new understanding, new hope. World Health Organization, Geneva
3. Statistisches Bundesamt (2017) Krankheitskosten 2015. Fachserie 12 Reihe 7.2.1
4. BPTK (2015) BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit 2015 Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement
5. Jacobi F, Groß J (2014) Prevalence of mental disorders health-related quality of life and service utilization across the adult life span. *Psychiatrie* 4:227–233
6. Mack S, Jacobi F, Gerschler A et al (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 23:289–303
7. Volkert J, Schulz H, Härter M, Włodarczyk O, Andreas S (2013) The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. *Ageing Res Rev* 12:339–353
8. Larisch A, Heuft G, Engbrink S, Brähler E, Herzog W, Kruse J (2013) Behandlung psychischer und psychosomatischer Beschwerden – Inanspruchnahme, Erwartungen und Kenntnisse der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. *Z Psychosom Med Psychother* 59:153–169
9. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ et al (2012) Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 42:525–538
10. Katon W, Von Korff M, Lin E et al (1997) Population-based care of depression: effective disease management strategies to decrease prevalence. *Gen Hosp Psychiatry* 19:169–178
11. Archer J, Bower P, Gilbody S et al (2012) Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006525.pub2>
12. Von Korff M, Katon W, Bush T et al (1997) Treatment costs, cost offset, and cost effectiveness of collaborative management of depression. *Psychosom Med* 60:143–149
13. Sighinolfi C, Nespeca C, Menchetti M, Levantisi P, Belvederi Murri M, Berardi D (2014) Collaborative care for depression in European countries: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res* 77:247–263
14. Grochtdreis T, Brettschneider C, Wegener A et al (2015) Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of depressive disorders in primary care: a systematic review. *PLoS ONE* 10:e123078
15. Van Steenberghe-Weijnenburg KM, Van der Feltz-Cornelis CM, Horn EK et al (2010) Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A systematic review. *BMC Health Serv Res* 10:19
16. Atlantis E, Fahey P, Foster J (2014) Collaborative care for comorbid depression and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 4:e4706
17. NICE (2004) Depression: management of depression in primary and secondary care (Clinical guideline 22). National Institute for Clinical Excellence, London
18. DGPPN, BÄK, KBV et al (Hrsg) (2015) S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, Berlin
19. Bantelow B, Wiltink J, Alpers GW et al (2014) Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen (www.awmf.org/leitlinien.html)
20. Firth N, Barkham M, Kellett S (2015) The clinical effectiveness of stepped care systems for depression in working age adults: a systematic review. *J Affect Disord* 170:119–130
21. Davidson KW, Bigger JT, Burg MM et al (2013) Centralized, stepped, patient preference-based treatment for patients with post-acute coronary syndrome depression: CODIACS vanguard randomized controlled trial. *JAMA Intern Med* 173:997–1004
22. Patel VMPF, Weiss HAP, Chowdhary NMD et al (2011) Lay health worker led intervention for depressive and anxiety disorders in India: impact on clinical and disability outcomes over 12 months. *Br J Psychiatry* 199:459–466
23. Van Straten A, Tiemens B, Hakkaart L, Nolen WA, Donker MCH (2006) Stepped care vs. matched care for mood and anxiety disorders: a randomized trial in routine practice. *Acta Psychiatr Scand* 113:468–476
24. Seekles W, van Straten A, Beekman A, van Marwijk H, Cuijpers P (2011) Stepped care treatment for depression and anxiety in primary care. A randomized controlled trial. *Trials*. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-171>
25. van't Veer-Tazelaar PJMA, van Marwijk HWJMDP, van Oppen PP et al (2009) Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 66:297–304
26. Dozeman E, Van Marwijk HWJ, Van Schaik DJF et al (2012) Contradictory effects for prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomized controlled trial. *Int Psychogeriatr* 24:1242–1251
27. Araya R, Rojas G, Fritsch R et al (2003) Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 361:995–1000
28. Huijbregts KML, De Jong FJ, Van Marwijk HWJ et al (2013) A target-driven collaborative care model for Major Depressive Disorder is effective in primary care in the Netherlands. A randomized clinical trial from the depression initiative. *J Affect Disord* 146:328–337
29. van Straten A, Hill J, Richards DA, Cuijpers P (2015) Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 45:231–246
30. Zimmermann T, Puschmann E, van den Bussche H et al (2016) Collaborative nurse-led self-management support for primary care patients with anxiety, depressive or somatic symptoms: cluster-randomised controlled trial (findings of the SMADS study). *Int J Nurs Stud* 63:101–111
31. Muntingh A, Van Der Feltz-Cornelis C, Van Marwijk H et al (2013) Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 83:37–44
32. Goorden M, Muntingh A, van Marwijk H et al (2014) Cost utility analysis of a collaborative stepped care intervention for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *J Psychosom Res* 77:57–63
33. Drummond C, James D, Coulton S et al (2003) The effectiveness and cost-effectiveness of screening and stepped care interventions for alcohol use disorders in the primary care setting. Welsh Office of Research and Development, Cardiff
34. Raistrick D (2006) Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. National Treatment Agency for Substance Misuse, London
35. Watson J, Crosby H, Dale V et al (2013) AESOPS: a randomised controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care. *Health Technol Assess* 17(25):1–158
36. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Hauser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P (2012) Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int* 109:803–813
37. Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P, Häuser W et al (2013) S3 Leitlinie Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Schattauer, Stuttgart
38. van der Feltz-Cornelis CM, van Oppen P, Ader HJ, van Dyck R (2006) Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychother Psychosom* 75:282–289
39. Murray AM, Toussaint A, Althaus A, Löwe B (2016) The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: a systematic review of barriers to diagnosis in primary care. *J Psychosom Res* 80:1–10
40. Kroenke K (2003) Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Meth Psych Res* 12:34–43
41. Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K (2008) Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatr* 30:191–199
42. Grochtdreis T, Zimmermann T, Puschmann E et al (2018) Cost-utility of collaborative nurse-led self-management support for primary care patients with anxiety, depressive or somatic symptoms: a cluster-randomised controlled trial (the SMADS trial). *Int J Nurs Stud* 80:67–75
43. Haerter M, Watzke B, Daubmann A et al (2018) Guideline-based stepped and collaborative care for patients with depression in a cluster-randomised trial. *Sci Rep* 8:9389
44. Shedden-Mora MC, Groß B, Lau K, Gumz A, Wegscheider K, Löwe B (2016) Collaborative stepped care for somatoform disorders: a pre-post-intervention study in primary care. *J Psychosom Res* 80:23–30
45. Grochtdreis T, Brettschneider C, Shedden-Mora MJ, Piontek K, König H, Löwe B (2018) Cost-effectiveness analysis of a stepped, collaborative and coordinated health care network for patients with somatoform disorders (Sofu-net). *J Ment Health Policy Econ* 21:59–69
46. Härter M, Heddaeus D, Steinmann M et al (2015) Collaborative and stepped care for depression. Development of a model project within the Hamburg Network for Mental Health (psychenet.de). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 58:420–429
47. Heddaeus D, Steinmann M, Liebherz S, Härter M, Watzke B (2015) *psychenet* – the Hamburg network for mental health: evaluation of the health network depression from the perspective of participating general practitioners, psychotherapists and psychiatrists. *Psychiatr Prax* 42:51–56
48. Shedden-Mora MC, Lau K, Kuby A et al (2015) [Improving health care for patients with somatoform

-
- and functional disorders: a collaborative stepped care network (Sofu-net)] Verbesserte Versorgung von Patienten mit somatoformen und funktionellen Störungen: Ein koordiniertes gestuftes Netzwerk (Sofu-net). *Psychiatr Prax* 42:57–61
49. Zimmermann T, Puschmann E, Porzelt S et al (2015) Selbstmanagementförderung in der hausärztlichen Versorgung – der Zusammenhang zwischen Veränderungsmotivation, Selbstwirksamkeit und psychischer Belastung vor Beginn der Intervention. *Psychiatr Prax* 42:44–48
50. DG-Sucht (2015) S3-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung“. AWMF