Zitationshinweis

Lambert et al.: „Gestufte, evidenzbasierte, integrierte Versorgung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/23), S. 38. http://doi.org/10.24945/MVF.04.23.1866-0533.2526

Innovationsfondsprojekt zu psychischen Erkrankungen (RECOVER)

Gestufte, evidenzbasierte, integrierte Versorgung

Deutschland ist wie viele andere Länder von der hohen und stetig steigenden gesundheitlichen und wirtschaftlichen Belastung durch psychische Erkrankungen betroffen. Im Jahr 2015, dem Referenzjahr der RECOVER-Studie, verursachten psychische Erkrankungen in Deutschland jährliche gesellschaftliche Kosten in Höhe von 146 Milliarden Euro, 4,8% des Bruttoinlandsproduktes, Tendenz steigend.[1] Davon waren 44,4 Milliarden Euro direkte Gesundheitskosten inklusive 24,9 Milliarden Euro Krankenhauskosten.[2] Laut der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit (OECD) spielt hier vor allem die unzureichende Etablierung evidenzbasierter Versorgungsmodelle in Deutschland eine Rolle, vor allem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.[3]

>> Basierend auf dieser gesundheitspolitischen Ausgangslage wurde das RECOVER-Modell* entwickelt[3]. Von 2017 bis 2021 wurde dessen Erprobung durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert (Förderkennzeichen: 01NVF16018). Die drei Hauptziele der RECOVER-Studie waren die Reduktion gesellschaftlicher Kosten, eine größere Effektivität und eine bessere Kosteneffizienz im Vergleich zur Regelversorgung in Deutschland.[3]

Das Versorgungsmodell RECOVER basiert auf einer umfassenden Evidenzanalyse bezüglich Effektivität und Effizienz von Managed-Care-Versorgung, Versorgungsmodellen und Behandlungen für psychische Erkrankungen.[3] Entsprechend integriert das RECOVER-Modell nur Versorgungskomponenten mit (teils international) erbrachtem Evidenznachweis. Im Sinne von sektorenübergreifenden gestuften Managed-Care-Modellen gehörten neben der Evidenzbasierung auch eine koordinierte und integrierte Zusammenarbeit der Leistungserbringer und der Beginn mit der effektivsten und Ressourcen-sparsamsten Behandlung zu den Grundregeln des Modells. Es definiert vier Schweregradstufen, die sich aus dem Schweregrad der Erkrankung und dem psychosozialen Funktionsniveau konstituieren. Zudem wurde das störungsspezifische Lebenszeitrisiko für schwere psychische Erkrankungen (z. B. Schizophrenie in Stufe 4 mit 90%igem Risiko) berücksichtigt.

Kernkomponenten des Modells waren ein (a) interdisziplinäres und sektorenübergreifendes Managed-Care-Versorgungsnetzwerk mit Versorgungsleitstelle unter Einbindung von Klinik und niedergelassenen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen im Versorgungssektor, (b) ein klar strukturierter/definierter Versorgungszugang, (c) eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Erstuntersuchung, Behandlungsplanung und -Organisation im Sinne einer Liaison-Ambulanz, (d) ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Kriseninterventionsteam zur Verhinderung oder Reduktion stationärer/teilstationärer Akutbehandlung nach dem evidenzbasierten Modell des Crisis Resolution Team (CRT), (e) eine begleitete digitale Therapie durch eine E-Mental-Plattform (eRECOVER; www.erecover.de), (f) eine gestufte Einzelpsychotherapie und/oder Gruppentherapie, (g) Case Management für Menschen mit allgemeinen schweren psychischen Erkrankungen (Stufe 3), (g) Assertive Community Treatment (ACT) Teams für Menschen mit anhaltenden schweren psychischen Erkrankungen (Stufe 4) sowie (h) Sozialarbeit, Supported Employment und Genesungsbegleitung. Im Sinne der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und des Transfers in andere Regionen wurden 12 Qualitätssicherungsmanuale für alle Komponenten und Abläufe erstellt.

Effektivität und Effizienz des Modells wurden in einer 12-monatigen, zweiarmigen randomisiert-kontrollierten Studie in einem erweiterten Versorgungssektor des UKE evaluiert. Teilnehmende im Alter von 16 bis 79 Jahren mit sämtlichen psychischen Erkrankungen wurden entweder der Behandlung RECOVER oder der Regelversorgung (engl. Treatment-AS-Usual, TAU) zugewiesen. Insgesamt wurden 891 Patient:innen eingeschlossen (n = 477 in die RECOVER-Intervention, n = 444 in TAU).

Im Ergebnis zeigten sich signifikante und substanzielle Reduktionen der jährlichen gesellschaftlichen und der von der gesetzlichen Krankenversicherung getragenen Kosten. Besonders ausgeprägt waren die Reduktion der Krankenhauskosten und die Kostenreduktion in der Gruppe der anhaltend schweren psychischen Erkrankungen (Stufe 4). Letzteres Ergebnis ist vor dem Hintergrund von sehr hohen indirekten und direkten Kosten von besonderer Bedeutung: Patient:innen der Stufe 4 verursachten in den 6 Monaten vor Einschluss Gesamtkosten von 31.883 Euro, davon 10.485 Euro direkte Kosten mit über 90% Krankenhauskostenanteil.[5] Dieser hohe Krankenhausanteil an den direkten Kosten war mit 88% auch bei den allgemeinen schweren psychischen Erkrankungen (Stufe 3) nachweisbar.[5] Bei beiden Gruppen (Stufe 3 und 4) spielte Antragspsychotherapie als Kostenfaktor keine Rolle.

Das RECOVER-Gesamtmodell erwies sich im Vergleich zur Regelversorgung rechnerisch als äußerst kosteneffektiv. Die Ergebnisse der Kostenreduktion und der Kosteneffektivität waren zudem von signifikant besseren Behandlungsergebnissen und gestiegener Versorgungsqualität begleitet (primärer Endpunkt berechnet aus klinischer Fremd- und Selbsteinschätzung). Subgruppenanalysen zeigten darüber hinaus, dass vor der Corona-Pandemie mit ausschließlicher Präsenz-Studienevaluation auch signifikante Unterschiede im primären Effektivitätsparameter zugunsten von RECOVER nachweisbar waren. Eine verbesserte Versorgungsqualität zeigte sich auch in mehreren sekundären Endpunkten, v. a. bezüglich der Partizipation der Patient:innen im Behandlungsprozess. Im Rahmen einer strategischen Erprobung der Übertragungsfähigkeit des RECOVER-Modells wurde das komplette Versorgungsmodell mit Anpassung auf lokale Versorgungsstrukturen und -Ressourcen in eine andere (ländliche) Versorgungsregion transferiert (Kreis Steinburg, Klinikum Itzehoe) und dort erfolgreich implementiert.

Entsprechende Berichte wurden Anfang des Jahres 2023 finalisiert und an den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Beurteilung gesendet. Eine Verstetigung des RECOVER-Modells und seiner Versorgungskomponenten in einer zukünftigen Regelversorgung ist gegenwärtig Gegenstand der Prüfung innerhalb der Fachausschüsse des G-BA.

von: Prof. Martin Lambert[1], Prof. Anne Karow [1], Prof. Holger Schulz[2] , Prof. Jürgen Gallinat[1]

1: Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Martinistr . 52, 20246 Hamburg, Deutschland;
2: Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Martinistr . 52, 20246 Hamburg, Deutschland

* www.recover-hamburg.de

Literatur online verfügbar