

Aufsuchende und sektorenübergreifende Behandlung – vom Modellprojekt zur Regelversorgung im Bremer Osten

VON LINDA RÜRUP, JÖRG UTSCHAKOWSKI UND JENS REIMER

In Bremen wird die lebensumfeldnahe psychiatrische Behandlung ausgeweitet. Nach einem vom Landesgesundheitsressort geförderten Modellprojekt wurde ein hometreatmentbasiertes Regelversorgungsangebot entwickelt.

Personenzentrierte Hilfen

Innerhalb sozialpsychiatrischer Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen etablieren sich in den letzten Jahrzehnten auch in Deutschland zunehmend personenzentrierte Ansätze. Die Versorgung von Patientinnen und Patienten (folgend synonym mit Nutzerinnen und Nutzern) soll bedürfnisorientiert, wenn möglich ambulant und unter Berücksichtigung des sozialen Bezugssystems sowie der regionalen Lebenswelt erfolgen. Dies setzt ein differenziertes Angebot, die Integration entsprechender Dienstleistungen verschiedener Sozialgesetzbücher (SGB) (z.B. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V, Rehabilitation nach SGB XI und Eingliederungshilfe nach SGB IX) und die Möglichkeit einer kontinuierlichen, sektorenübergreifenden Behandlung und Versorgung voraus. Ein breites Spektrum – auch niederschwelliger – individualisierter psychiatrischer, psycho- und soziotherapeutischer oder rehabilitativer Versorgungsangebote erfordert eine systematische und lebendige Koordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringern (vgl. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. 2017, 2019; Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. 2012, 2017).

Die Verfügbarkeit einer evidenzbasierten, bedarfsgerechten und patientenorientierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen scheint eine der größten Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems zu sein. Diese Bedarfe können u.a. mit regionalen, schweregradgestuften sowie koordinierten Versorgungsnetzwerken und einer effizienten Steuerung der Hilfsangebote erfüllt werden. Koordinierte und sektorenübergreifende Behandlungsangebote wer-

den jedoch im deutschen Versorgungssystem selten umgesetzt und sind zudem kein Bestandteil der Regelversorgung. Das bedeutet oftmals eine unzureichende Finanzierung für solche neuen Versorgungsformen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2018; Lambert, Karow & Gallinat 2019). So wurden in Deutschland in den letzten Jahren viele Projekte v.a. auf Basis verschiedener SGB-V-Modelle entwickelt, die ambulante, niederschwellig erreichbare sowie aufsuchende Behandlungsmöglichkeiten bereitstellen (Bühning 2018; Steinhardt, Wienberg & Koch 2014). In Bremen wurde das »Modellprojekt Sektorübergreifende Behandlung« (SÜB-Projekt) abgeschlossen und ein innovatives Regelversorgungsangebot implementiert, das als Versorgungsform die oben genannten Herausforderungen annimmt und vor allem mit seinem Finanzierungsmodell neue Wege beschreitet.

»Modellprojekt Sektorübergreifende Behandlung«

Das »Modellprojekt Sektorübergreifende Behandlung« (SÜB) startete Ende 2016 mit dem Ziel der Implementierung eines sektorenübergreifenden, ambulant und gemeindepsychiatrisch orientierten Versorgungsangebots. Politisch gründete das Projekt auf dem Bremer Bürgerschaftsbeschluss einer Psychiatriereform (2013), die die Stärkung der ambulanten Versorgungsstrukturen inklusive der Transformation von stationären Behandlungsleistungen in gemeindenaher teilstationäre, ambulante und aufsuchende Angebote umfasste. Das Konzept für das SÜB-Projekt wurde ab 2014 von der Senatorischen Behörde für Gesundheit in Kooperation mit dem Zentrum für Psychosoziale Medizin (ZPM) am Klinikum Bremen-Ost der Gesundheit Nord, mit der Gesellschaft

für Ambulante Psychiatrische Dienste (GAPSY) und der Gesellschaft für Seelische Gesundheit des Arbeiter-Samariter-Bundes (ASB) für die Region Bremen-Ost erarbeitet und von 2016 bis Ende 2019 mit Modellmitteln zur Bremer Psychiatriereform gefördert. Die Realisierung des Modellprojekts wurde zudem von der Begleitgruppe Psychiatriereform unterstützt, an der Vertreterinnen und Vertreter der Bremer Krankenhausgesellschaft, der Ärzte- und der Psychotherapeutenkammer, der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen, der Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände, der psychiatrischen Kliniken, der Krankenkassen, der Universität Bremen, des Magistrats Bremerhaven und der Senatorin für Gesundheit beteiligt waren.

Ziele und Umsetzung des SÜB-Projekts

Die primären Ziele des SÜB-Projekts bestanden darin, die transsektorale Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen zu intensivieren und eine gemeinsame, integrative Gesundheitsdienstleitung im Rahmen einer koordinierten, sektorenübergreifenden Versorgung anzubieten, die individuell auf die einzelnen Patientinnen und Patienten zugeschnitten wird. Zudem sollten für Nutzerinnen und Nutzer die Versorgungslücken in der Region geschlossen werden, indem beispielsweise im Einzelfall individualisierte Leistungen organisiert wurden.

Die Umsetzung erfolgte durch die Gründung eines multiprofessionellen Teams aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller drei Institutionen, inklusive Projektkoordination. Um eine enge Kommunikation zu etablieren, fand wöchentlich eine gemeinsame Sitzung zur Abstimmung, Planung und Koordination von Leistungen für Nutzerinnen und Nutzer statt. Versorgungslücken für schwer und mehrfach Erkrankte sollten durch eine »No dropout

policy« geschlossen werden (unter anderem indem die Weiterbehandlung zur Sicherstellung einer Versorgung und zugunsten einer Behandlungskontinuität z.B. nach Rückfällen mit Substanzkonsum erfolgte). Die Unterstützung und Begleitung von Behandlungen somatischer bzw. komorbider Erkrankungen war bei Bedarf ein Element der psychosozialen Intervention.

Die Versorgung im SÜB-Projekt erfolgte nach dem Ansatz des ACT (Assertive Community Treatment). ACT bietet eine intensive, gemeindenahe psychiatrische Komplexbehandlung im Lebensumfeld für Menschen mit schweren psychischen Störungen. Später wurde der FACT-Ansatz genutzt (bei FACT wird ACT bedarfsorientiert und flexibel mit weniger intensivem, aber kontinuierlichem Fallmanagement angeboten), der in den Niederlanden entwickelt und inzwischen in einigen europäischen Ländern eingesetzt wird (Keet 2016; van Veldhuizen & Bähler 2013). Gemäß des FACT-Ansatzes erhielten SÜB-Nutzerinnen und -Nutzer entweder eine intensive Versorgung oder eine niederfrequente Versorgung mit geringerer wöchentlicher Kontaktzeit (vgl. Kraft, Wüstner & Lambert 2017). Zu Beginn und während der Behandlung wurde die Versorgung dem individuellen Bedarf angepasst, ein Wechsel zwischen beiden Angeboten war jederzeit möglich. Den Nutzerinnen und Nutzern wurden möglichst Ansprechpartner der verschiedenen Institutionen zur Seite gestellt. Eine psychoedukative Recovery-Gruppe wurde ebenfalls angeboten. Mitarbeitende der ambulanten Leistungserbringer arbeiteten bei Bedarf auch mit der Sozialpsychiatrischen Ambulanz und der Beratungsstelle des Klinikums Bremen-Ost zusammen, an der das Projekt angebunden war.

Vor allem die gemeinsame wöchentliche Sitzung aller Mitarbeitenden des SÜB-Behandlungsteams war eine gelebte gemeindepsychiatrische Verbundarbeit und ermöglichte den Patientinnen und Patienten lückenlose Übergänge zwischen den verschiedenen Behandlungsangeboten in den Sektoren. Bezugsmitarbeitende bzw. Fallmanagerinnen und Fallmanager koordinierten Hilfen wie Betreutes Wohnen, Ergotherapie, Rehabilitationsbehandlungen oder Arbeits-



Marc Leuther (Bereichspflegeleitung von Bravo) und Oliver Schaper (Leitender Arzt sozialpsychiatrische Ambulanzen und Tageskliniken Klinikum Bremen-Ost und Bravo) waren am Aufbau des Behandlungsangebots beteiligt.

förderungsmaßnahmen. Bei übergangsweisen teilstationären oder stationären Aufenthalten fanden Fallgespräche statt, an denen Behandlerinnen und Behandler und die Bezugspersonen aus dem sozialen Netzwerk der Nutzer teilnahmen. Ein in diesen Fällen eingeleitetes sektorenübergreifend abgestimmtes Entlassungsmanagement beinhaltete die frühzeitige Planung ambulanter Angebote.

Positive Effekte

Auf die positiven Effekte des Versorgungsansatzes weisen die klinischen Verläufe der Projektteilnehmenden und die durchschnittliche Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus in der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Scale im DSM V; American Psychiatric Association 2013) hin – der mittlere GAF-Wert bei Aufnahme war 36,9, bei Entlassung 56. Auch zeigte sich eine Steigerung der Selbsteinschätzung der Lebensqualität – erfasst mit der Kurzversion des Q-Les-Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; Endicott et al. 1993). Die hohe Behandlungszufriedenheit bestätigte ein spezifischer Fragebogen. Aus Sicht der Mitarbeitenden waren das institutionsübergreifende Krisenmanagement und die langfristige Beziehungskontinuität Qualitätsmerkmale des Projekts. Ebenso konnten wichtige Erfahrungen hinsichtlich einer kooperativen, ambulanten Patientenversorgung gewonnen werden. Das Fehlen eines gemeinsamen Dokumentationssystems hingegen erschwerte die gemeinsame Patientenversorgung.

Von Modellprojekt zum Regelversorgungsangebot »Bremen ambulant vor Ort«

Aufgrund geltender sozialrechtlicher Vorgaben konnte das SÜB-Projekt nicht in die Regelversorgung überführt werden. Parallel zum SÜB-Projekt plante das Zentrum für Psychosoziale Medizin (ZPM) im Zuge der Umsetzung der Psychiatriereform in Bremen weitreichendere Maßnahmen zur Transformation von stationären Behandlungsangeboten in ambulante, stationsäquivalente Leistungen. Dafür steht – unterstützt vom Gesundheitsressort und von sämtlichen Krankenkassen – den Patientinnen und Patienten der Versorgungsregion Bremen-Ost seit September 2019 das lebensumfeldnahe, bedarfsorientierte psychiatrische Behandlungsangebot »Bremen ambulant vor Ort« (Bravo) zur Verfügung. Durch die Umwandlung von 20 vollstationären Behandlungsplätzen des Klinikums Bremen-Ost konnte das stationsäquivalente Behandlungsangebot implementiert werden.

Die Besonderheit dieser Versorgungsstruktur liegt zunächst in der spezifischen Finanzierung, die über die Bundespflegesatzverordnung verhandelt wurde. Formal ist Bravo als eine Tagesklinik mit 25–30 Behandlungsplätzen zu sehen. Hier werden die Patienten ausschließlich virtuell stationär aufgenommen, die Behandlung findet jedoch im sozialen Umfeld statt und kann hinsichtlich der Intensität flexibel gestaltet werden. Bravo ist ein Regelversorgungsangebot, bietet jedoch eine Behandlung unabhängig von

GESUNDHEIT NORD
KLINIKUM BREMEN-OST

bravo
Bremen ambulant vor Ort

*Wir für Sie im Bremer Osten
in der Nachbarschaft*



Willkommen bei Bravo
Informationen für Patienten

den Vorgaben einer klassischen Regelversorgung oder von StÄB (Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung), beispielsweise bezüglich der Möglichkeit der Inanspruchnahme weiterer Krankenversicherungsleistungen oder der Flexibilität bezüglich der Intensität der Leistungserbringung. Weiterhin ist z.B. keine Einschreibung der Nutzer notwendig, wie es bei Verträgen der Integrierten Versorgung üblich ist. Die Abrechnung erfolgt über alle Bremer Krankenkassen.

Das Bravo-Angebot steht grundsätzlich allen Einwohnerinnen und Einwohnern der Region Bremen-Ost zur Verfügung, die akut oder chronisch an einer psychischen Erkrankung leiden. Zugang erhalten Patienten z.B. über tagesklinische oder stationäre Behandlungen sowie über ambulante Fachärztinnen und -ärzte. Auch eine selbstständige Vorstellung ist möglich. Behandlungsindikation ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung mit akuter Krankheitsphase und Indikation einer stationären Behandlung.

Unter fachärztlicher Leitung arbeitet das Bravo-Team im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten. Das multiprofessionelle Team (Psychiatrische Pflege, Ergotherapie, Sozialdienst, psychologischer und ärztlicher Dienst sowie

Genesungsbegleitung) leistet – orientiert an dem oben erwähnten flexibel aufsuchenden Ansatz – sowohl eine intensive, hochfrequente Behandlung als auch eine weniger intensive Komplexbehandlung mit durchgängigem Fallmanagement. Die Behandlungsintensität und -dauer orientieren sich an dem aktuellen Genesungsstatus bzw. an den relevanten Funktionseinschränkungen und Versorgungsbedarfen der Patienten sowie an den bei der Aufnahme gemeinsam festgelegten Behandlungszielen. Die Intensität der Bravo-Behandlung kann jederzeit flexibel bedarfs- und recovery-orientiert angepasst werden. Dabei werden im Sinne des Ansatzes der Gemeindepsychiatrischen Verbände bzw. des »community treatments« nach Möglichkeit weitere Versorgungsangebote der verschiedenen ambulanten Leistungserbringer der Region sowie alle im Lebensumfeld verfügbaren Ressourcen integriert.

Ziele von Bravo

Wesentliches Ziel des ambulanten Bravo-Versorgungsangebots ist eine individualisierte, schweregradgestufte und koordinierte psychiatrische Behandlung im Lebensumfeld. Über die Anbindung an die weiteren gemeindepsychiatrischen, therapeutischen und freizeitorientierten Angebote soll vor allem eine dauerhafte Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patienten erreicht werden. Wenn möglich, hat die Bravo-Behandlungsoption Priorität vor vollstationären Behandlungen. Bei aktuell vollstationär versorgten Patienten wird eine mögliche Bravo-Behandlung mit den dort tätigen Kolleginnen und Kollegen, den Patientinnen und Patienten und den Bravo-Mitarbeitenden evaluiert. Die Bravo-Versorgungsstruktur soll damit stationäre Behandlungen ersetzen bzw. verkürzen.

Behandlungsplanung

Das Bravo-Behandlungsteam nutzt eine spezifische Form der Behandlungsplanung nach niederländischem Vorbild. Eine EDV-gestützte Patiententafel zeigt die aktuelle Auslastung und die individuell geplanten Wochenkontakte an. Daraus kann abgeleitet werden, welche Patientinnen und Patienten tagesaktuell

plan- oder auch außerplanmäßig zu Hause besucht werden sowie ob spezifische Bedarfe, Planungen oder Ziele bei den Besuchen zu berücksichtigen sind. Anhand der Patiententafel wird morgendlich mit dem gesamten Team die tägliche Behandlungsplanung vorgenommen. Zum Beispiel können Patientinnen und Patienten zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten begleitet oder auch bestimmte Aktivitäten zur Außenorientierung vorgenommen werden. Auch werden hier feste oder intermittierende ärztliche, psychologische, sozialtherapeutische oder ergotherapeutische Termine vermerkt.

Die Hausbesuche oder gemeinsame Außentermine werden, abhängig vom Ziel des Kontakts, von ein oder zwei Mitarbeitenden absolviert. Die Interventionen werden entsprechend dem Genesungszustand und der aktuellen Behandlungsziele angepasst. Die Behandlung wird laufend in der wöchentlichen berufsgruppenübergreifenden Fallbesprechung gemeinsam unter fachärztlicher Leitung evaluiert.

Die bereits im SÜB-Projekt begonnene enge Zusammenarbeit mit den ambulanten sozialpsychiatrischen Leistungserbringern ASB und GAPSYS wird durch die koordinierte Versorgung im Rahmen des Bravo-Behandlungsangebots weiter intensiviert. So kann beispielsweise ein Patient bereits während der Bravo-Behandlung in das Betreute Wohnen vermittelt oder der Nutzer einer betreuten Wohnform in einer Krise kurzfristig und flexibel vom Bravo-Team behandelt werden. Ein in Arbeit befindlicher Kooperationsvertrag soll eine tagesgleiche Leistungserbringung der weiteren ambulanten Hilfen (ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie) erleichtern. Angebote aus dem KV-Bereich können parallel zur Bravo-Behandlung weiter genutzt werden. Diese Option für Nutzer und Nutzerinnen ist ein Alleinstellungsmerkmal von Bravo. Damit unterstützt und fördert Bravo den Aufbau eines institutionsübergreifenden Hilfenetzwerks und die vielseitigen Beziehungen und Anbindungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund.

Angestrebt wird die Anwendung des Offenen Dialogs. Der therapeutische Ansatz ist vor allem gekennzeichnet von

den Prinzipien der aufsuchenden Arbeit, der größtmöglichen Bedürfnisorientierung, der Wahrung der Autonomie der Patienten, der Einbeziehung des sozialen Netzwerks und von der speziellen dialogischen Arbeit mit den Patientinnen und Patienten (vgl. Seikkula, Alakare & Aaltonen 2003). Die Mitarbeit eines Genesungsbegleiters im multiprofessionellen Behandlungsteam fördert die Akzeptanz des BravO-Behandlungsansatzes bei den Patientinnen und Patienten.

Seit der Implementierung des Angebots Anfang September 2019 bis Mitte 2020 wurden insgesamt 117 Menschen (z.T. mehrfach) behandelt, v.a. mit einer Hauptdiagnose aus dem F2- und F3-Spektrum. Die durchschnittliche Behandlungsdauer war 43 Tage, wobei im Mittel an 22 Tagen Leistungen durch BravO erbracht wurden. Der Aufbau des neuen Versorgungsangebots mit völlig neuer Organisationsstruktur und hohem Steuerungsaufwand sowie dem Anspruch einer hohen fachlichen Qualität und großer Beziehungskontinuität bei der Patientenbehandlung erfolgte in einem relativ kurzen Zeitraum. Dieser Prozess und auch die als sehr hoch empfundene Verantwortung der Teammitglieder für die Patienten und deren Behandlung im häuslichen Umfeld waren und sind Herausforderungen. Diese werden zugunsten der neuen Behandlungsmöglichkeiten gerne angenommen.

Ausblick

Der Effekt des Einsatzes des Genesungsbegleiters wird im Rahmen der HoPe-Studie (HoPe: Home Treatment und Peer Support) des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf (UKE) systematisch evaluiert.

Die Ausweitung des BravO-Modells auf ganz Bremen ist geplant. Dies bedeutet strukturelle Veränderungen der psychiatrischen Versorgung in Bremen. Eine integrierte Zusammenarbeit von BravO und der bestehenden ambulanten, stationären und teilstationären Versorgungsangebote ist dabei ein gemeinsames Ziel aller Beteiligten. Wesentlich ist die konzeptuelle Verzahnung mit den Gemeindepsychiatrischen Verbänden in Bremen. In diesen wird eine Zusammenarbeit als Netzwerk angestrebt, in dem BravO als

Zitat einer Patientin zu BravO:

»Die ganzen Wochen in der BravO-Behandlung sind so vergangen, dass ich echte Zuwendung bekommen habe. Der einzige Wunsch, den ich habe, ist, dass BravO mehr Menschen erreicht und den Menschen in Bremen hilft. BravO hat mir so sehr geholfen!«

Steuerungswerkzeug für die Behandlung und Versorgung dienen könnte. Die langfristige Implementierung des BravO-Behandlungsangebots in allen Versorgungsregionen soll in triadischer Beratung vorgenommen werden. ■

Dr. Linda Rürup, Gesundheit Nord, Koordination des »Modellprojekts Sektorübergreifende Behandlung«, Psychologin bei »Bremen ambulant vor Ort«

Jörg Utschakowski, Leiter des Referats Psychiatrie und Sucht bei der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz

Prof. Dr. Jens Reimer, Gesundheit Nord, geschäftsführender Direktor des Zentrums für Psychosoziale Medizin in Bremen

Literatur

- American Psychiatric Association (Hrsg.) (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. Aufl., Arlington, VA: American Psychiatric Association
- Bühning, P. (2018) Sektorenübergreifende Versorgung psychisch Kranker: Gefragt ist der Gesetzgeber. In: Deutsches Ärzteblatt, 115, 31–32
- Dachverband Gemeindepatrie e.V. (2012) Positionspapier zur Integrierten Versorgung. Ambulant statt stationär. https://www.dvvp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Positionen/DGP_Positionspapier_1_2012.pdf (letzter Zugriff: 09.11.2020)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2018) DGPPN-Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie. www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/dossier.html (letzter Zugriff: 09.11.2020)
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. & Dachverband Gemeindepatrie e.V. (2017) Home Treatment in Deutschland. Gemeinsame Stellungnahme. www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/Stellungnahme_Hometreatment_der_DGSP_und_DVGP.pdf (letzter Zugriff: 09.11.2020)
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (2019) Forderungen der DGSP für die Weiterentwicklung des ambulanten psychiatrischen Bereichs im Rahmen des SGB V-Dialogprozesses. www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/DGSP_Dialogforum_Weiterentwicklung_ambulaner_psychiatrischer_Bereich_Oktober_2019.pdf (letzter Zugriff: 09.11.2020)
- Endicott, J.; Nee, J.; Harrison, W.; Blumenthal, R. (1993) Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A New Measure. In: Psychopharmacology Bulletin, 29, 321–326
- Keet, R. (2016) Doing more than ACT: The Dutch FACT model, flexible assertive community treatment. In: European Psychiatry, 33, 481–482; <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1765> (letzter Zugriff: 09.11.2020)
- Kraft, V.; Wüstner, A.; Lambert, M. (2017) Flexible Assertive Community Treatment (FACT)-Manual. https://www.dvvp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/FACT_Manual_und_QM-Skala_deutsch.pdf (letzter Zugriff: 09.11.2020)
- Lambert, M.; Karow, A.; Gallinat, J. (2019) Versorgungsforschung in der Lebenswelt. Der Nervenarzt, 90 (11), 1093–1102; <https://doi.org/10.1007/s00115-019-00793-z> (letzter Zugriff: 09.11.2020)
- Seikkula, J.; Alakare, B.; Aaltonen, J. (2003) Offener Dialog in der Psychosebehandlung – Prinzipien und Forschungsergebnisse des West-Laplandprojektes. In: Aderhold, V. et al. (Hrsg.) Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen: Psycho-sozial-Verlag, S. 89–102
- Steinhardt, I.; Wienberg, G.; Koch, C. (2014) Krankenhausersetzende psychiatrische Behandlung in Deutschland. Praxismodelle, Standards und Finanzierung. In: G + G Wissenschaft, 4, 15–26
- Van Veldhuizen, J.R.; Bähler, M. (2013) Manual Flexible Assertive Community Treatment – Vision, model, practice and organization; <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3925.1683> (letzter Zugriff: 09.11.2020)