

Home Treatment – GEMEINSAM HANDELN

Inhalt

Vorwort	1
1. Einleitung	3
2. Home Treatment – eine Begriffsbestimmung	5
3. Chancen und Vorteile des Home Treatment	10
4. Ausgangsbasis – rechtliche Rahmenbedingungen	12
4.1 Behandlung	12
4.2 Eingliederung und Rehabilitation	16
5. Struktur der Versorgung	19
6. Formen und Entwicklungsstand regionaler Kooperationen	22
7. Erfolgsfaktoren teambasierter, aufsuchender Behandlung und Unterstützung ..	25
8. Empfehlungen zur praktischen Umsetzung	28
9. Forderungen	31
a) An die Leistungserbringer	31
b) An die Leistungsträger	32
c) An den Bundesgesetzgeber	33
10. Home Treatment – Bausteine der Umsetzung und weitere Angebote	34
11. Weiterführende Informationen und Links	47
Impressum	49

Vorwort

Neuerungen und Entwicklungen in der Versorgung psychisch kranker Menschen hat es viele gegeben und wird es weiter geben. Ob sie tatsächlich Verbesserungen darstellen, kann man danach beurteilen, ob sie uns den großen Zielen näher bringen, die die Psychiatrie-Enquete von 1975 so formuliert hat:

1. Stärkere Orientierung der Versorgung am Bedarf der Patientinnen und Patienten/Klientinnen und Klienten
2. „Normalisierung“ und Integration der psychiatrischen Versorgung in die Gemeinde
3. Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker
4. Ent-Hospitalisierung und De-Institutionalisierung
5. Koordinierung der Versorgung zwischen den Professionen und Institutionen

Beim Home Treatment erhalten Menschen mit einer psychischen Erkrankung ambulante Unterstützungsleistungen. Das kann zu Verbesserungen führen, wenn es empathisch und fachgerecht durchgeführt wird und wenn die Rahmenbedingungen es zulassen, dass es seinen eigenen Ansprüchen gerecht wird.

Dann sind die Leistungen

- mit dem Menschen selbst abgestimmt,
- setzen an der Lebenswelt der Menschen mit psychischer Erkrankung an,
- zielen auf Ressourcenstärkung,
- werden von multidisziplinären Teams im regionalen Netzwerk geplant und
- in der eigenen Häuslichkeit erbracht.

Eine koordinierte und kooperative Leistungserbringung für Menschen mit psychischer Erkrankung ist jedoch in der Praxis oft nicht möglich, weil die Hürden für eine sektorenübergreifende und teambasierte Leistungserbringung fast immer zu hoch sind. Dennoch haben sich bereits viele Organisationen im Paritätischen auf den Weg gemacht. Sie nutzen die minimalen Ansätze im gegliederten System und versuchen das Beste daraus zu machen. Der Paritätische unterstützt sie bei diesen Bemühungen soweit es geht.

Andererseits scheitert eine umfassende und kombinierte Leistungserbringung in den Bereichen Behandlung, Rehabilitation, Pflege und Teilhabe in der Praxis allzu häufig an massiven rechtlichen und strukturellen Hindernissen. Daher ist es

längst überfällig, durch entsprechende Regelungen und Finanzierungen in den diversen Gesetzen den Aufbau multiprofessioneller, ambulant-aufsuchend arbeitender Teams zu fördern, so dass insbesondere für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen komplexe Leistungen „wie aus einer Hand“ erbracht werden können. Der Paritätische sieht hier seine Aufgabe in beständiger Information der Politik und der Öffentlichkeit sowie in kontinuierlicher Lobby-Arbeit gegenüber Kostenträgern und Politik. Das Ziel muss es sein, innovative, ambulante Modelle, die in anderen europäischen Ländern längst etabliert sind, endlich auch in Deutschland umzusetzen.

Wir danken besonders dem Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., die uns ermutigt und unterstützt haben, diese Broschüre auf den Weg zu bringen. Der Paritätische ist vom Nutzen des Home Treatment überzeugt und möchte mit dieser Broschüre den weiteren Umsetzungsprozess befördern.



Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

Vorsitzender des
Paritätischen Gesamtverbandes

1. Einleitung

In den letzten zehn Jahren ist der Arbeitsausfall durch psychische Erkrankungen um fast 80 Prozent gestiegen. Dabei wuchs sowohl die Zahl der Erkrankten als auch die Ausfallzeit je Patient/-in. Rund jeder dritte Bundesbürger geht im Laufe eines Jahres wegen einer psychischen Erkrankung zur Fachärztin oder zum Facharzt. (Fehlzeiten-Report 2017: Krise und Gesundheit, AOK Bundesverband). Wohl jeder kennt Familienmitglieder, Nachbarinnen und Nachbarn, Kolleginnen und Kollegen, die von heute auf morgen aus ihrem üblichen Lebensumfeld herausgefallen sind. Oft ist für die Betroffenen in dieser verletzlichen Phase der Weg zur Fachärztin oder zum Facharzt, in die Klinik oder zu anderen Hilfen eine kaum zu überwindende Hürde auf dem Weg zur Genesung.

Psychisch erkrankte Menschen geraten oftmals in die „Mühlen“ der Institutionen. Verzögerungen, isolierte Einzelmaßnahmen, Verschlimmerung der Krankheit oder gar Chronifizierung drohen. Viele werden aus ihrem persönlichen Umfeld und den stützenden Netzwerken gerissen. Psychisch kranke Menschen wollen selbstbestimmt entscheiden, von wem und in welchem persönlichen Lebensumfeld sie bei Bedarf notwendige Behandlungs- und Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen können. Der Paritätische ist der Auffassung, dass jegliche

Leistung im Lebensumfeld bei Bedarf und Wunsch der Leistungsberechtigten als Komplexleistung – rechtskreisübergreifend – und auch in aufsuchender Form erbracht werden kann. Die Anbieter wollen den Bedürfnissen der Menschen entsprechen, was auch Auswirkungen auf Angehörige und Bezugspersonen hat.

In fast allen Sozialgesetzen werden die Leistungsträger verpflichtet, den ambulanten Hilfen den Vorrang vor stationären Leistungen zu geben, denn sie führen i.d.R. zu besseren Ergebnissen bei vergleichbaren Kosten und einer höheren Zufriedenheit bei Menschen mit psychischer Erkrankung, deren Angehörigen und Freunden. Dazu müssen je nach Situation viele verschiedene Leistungen der Krankenversicherung, Eingliederungshilfe, Agentur für Arbeit, Rentenversicherung und Jugendhilfe abgestimmt und koordiniert werden.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen führt in dem Gutachten Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung 2018 u. a. aus, dass multimodale Behandlungen im stationären Sektor inzwischen Standard, im ambulanten Sektor jedoch mangels Strukturen und Vergütungsmöglichkeiten kaum anbietbar sind (S. 745, Ziff. 1282). Dies gilt es zu ändern.

- ➔ Wie kann diese komplexe Aufgabe gelingen?
- ➔ Welche guten Ansätze gibt es?
- ➔ Welche Veränderungen sind einzuleiten?

Die notwendige Änderung kann durch **Home Treatment** – eine aufsuchende und multiprofessionelle Unterstützung im Lebensfeld der Betroffenen – erfolgen. Diese geht, wenn gewünscht, über die medizinische Behandlung hinaus und nimmt auch Arbeit, Familie und Freizeit in den Blick. Die umfassende rechtliche und finanzielle Absicherung dieser komplexen Leistungen im Sinne von Home Treatment ist für psychisch erkrankte Menschen jedoch längst überfällig!

Der Paritätische möchte mit dieser Broschüre den Blick in eine Zukunft werfen, in der Menschen mit psychischer Erkrankung Hilfen „wie aus einer Hand“ bekommen. Er will Denkanstöße für Änderungen, aber auch Anregungen und Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis aufzeigen. Die Broschüre enthält auch einen Überblick über die aktuelle und äußerst heterogene Situation durch die Darstellung von Angeboten, deren wesentlichen Zielstellungen, Leistungen und grundlegenden Rechtsnormen. Es werden aber auch Vorschläge für notwendige Änderungen aufgezeigt und Forderungen gestellt.

Die Broschüre gibt einen Einblick und leistet eine Positionsbestimmung – aus Sicht des Paritätischen und seiner Fachverbände – des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V..

2. Home Treatment – eine Begriffsbestimmung

Home Treatment ist eine Unterstützungsform für Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. Menschen mit Behinderung, die überwiegend aufsuchend erfolgt und im Haushalt – „**Home**“ – bzw. im Lebensumfeld des betroffenen Menschen stattfindet. Das schließt auch Unterstützungsleistungen im Bereich des Arbeitslebens ein.

Der Begriff „**Treatment**“ meint im internationalen Sprachgebrauch – anders als das deutsche Wort „Behandlung“ – die Gesamtheit der Therapie, Rehabilitation und Unterstützung in verschiedenen Leistungsbereichen. Das entspricht der Situation von Menschen mit auch schweren, psychischen Erkrankungen, die in der Regel eine Kombination mehrerer Hilfenarten benötigen, um erfolgreich ihr Leben zu meistern und mit ihrer Erkrankung umgehen zu können.

Wir verwenden in dieser Broschüre den Begriff „Home Treatment“ nicht in der Einengung auf das britische Modell einer aufsuchenden Akutbehandlung von zwei bis maximal sechs Wochen, sondern übergreifend als **Gesamtheit der aufsuchenden, lebensweltorientierten Hilfen** für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Nur so können die erforderlichen Leistungen in personeller Kontinuität ggf. über lange Zeiträume und ganzheitlich „wie aus einer Hand“

erbracht werden (vergl. dazu Seite 47, S3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, DGPPN 2018, Empfehlungen Nr. 10 bis 14 zu gemeindepsychiatrischen „Systeminterventionen“).

Neben der aufsuchenden Behandlung geht es gleichzeitig um die Berücksichtigung der damit meistens verbundenen **Komplexität** der Behandlungs- und Unterstützungsleistungen. Deswegen darf der Begriff des Home Treatment in der bundesdeutschen Fachdebatte nicht auf einzelne Hilfeformen eingeengt werden, wie etwa die neue „stationsäquivalente Behandlung“ gemäß § 115d Sozialgesetzbuch (SGB V).

Home Treatment bezieht sich immer auf die „**Lebenssituation**“ des/der Erkrankten, d.h. auf die Person mit psychischer Erkrankung und/oder Behinderung in ihrem gesamten Lebensumfeld. Angehörige einschließlich der Kinder und weitere Personen aus dem sozialen Umfeld sind daher bei einer Hilfeplanung ebenso einzubeziehen wie die Erbringer psychiatrischer und nicht-psychiatrischer Unterstützungsleistungen.

Home Treatment ist insbesondere angezeigt, wenn Menschen mit psychischer Erkrankung es **wünschen und brauchen** oder ansonsten die für sie notwendigen

Leistungen nicht von sich aus in Anspruch nehmen können, sowohl in Krisensituationen als auch über längere Zeiträume hinweg. Versorgungslücken, besonders in ländlichen Bereichen mit großen Entfernungen zu Leistungsanbietern, können ebenfalls durch aufsuchende Angebote geschlossen werden. Ohnehin sind vor allem in ländlichen Regionen längst nicht alle Angebote verfügbar bzw. gar nicht vorhanden, z. B. Soziotherapie, ambulante psychiatrische Pflege oder die medizinische Rehabilitation. Andere Leistungen wie etwa fachärztliche oder psychotherapeutische Behandlung werden selten oder nie aufsuchend erbracht.

Aufgrund der komplexen Problemlagen bei psychischer Erkrankung bzw. Behinderung sind am Home Treatment **multidisziplinäre Teams** beteiligt, bestehend aus Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-pädagoginnen, Psychiater/-innen, psychiatrische Fachpfleger/-innen, Psychotherapeuten/-therapeutinnen, Ergotherapeuten/-therapeutinnen sowie weiteren Professionen. Ebenso sind Genesungsbegleiter/-innen bzw. Peer-Berater/-innen einzubeziehen. Die Teams tragen die Verantwortung für eine gemeinsame Umsetzung der Hilfen – auch dann, wenn diese von unterschiedlichen Leistungsträgern finanziert werden. Dies bedeutet vor allem, dass im Verlauf einer komplexen Behandlungs-

und Unterstützungsleistung, die aus Einzelleistungen auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen besteht, wichtige Elemente von Koordination, Absprachen, Diagnostik, Bedarfsfeststellung und Planung notwendig sind. Diese Leistungen müssen Bestandteil einer jeden Einzelleistung sein und sind von allen Beteiligten von Anfang an und im Prozess der Leistungserbringung als Teamleistung umzusetzen. Diese Koordinierungs- oder Teamleistungen sind von jedem Sozialversicherungs- und Sozialleistungsträger zu tragen.



Home Treatment: Eine Einschätzung aus Betroffenen-Sicht

Die aufsuchende Behandlung psychisch kranker Menschen, in der Regel in deren eigener Wohnung, bietet viele Chancen: Die Patientinnen/Patienten können in ihrem vertrauten Umfeld bleiben; belastende Klinikaufenthalte werden vermieden. Die alltäglichen Bezugspersonen (z.B. Angehörige, Freunde, Nachbarn) können leichter in die Behandlung mit einbezogen werden. Und die kranken Menschen erleben sich nicht mehr nur in der Patienten-Rolle, sondern als Gastgeber/-in mit Hausrecht. In einem solchen Setting ist es einfacher, auf Augenhöhe mit den Professionellen zu kommunizieren.

Dass das Home Treatment dennoch nicht die allein selig machende Behandlungsform der Zukunft ist, hat zwei Gründe: Zum einen kann es für den Patienten/die Patientin im Einzelfall durchaus hilfreich sein, einen Ortswechsel vorzunehmen, um mit dem räumlichen Abstand auch neue Perspektiven auf das eigene Leben zu gewinnen. Dies gilt insbesondere dann, wenn das persönliche Umfeld zur Entstehung oder Aufrechterhaltung der Erkrankung beiträgt. Zum anderen bedeutet Home Treatment ein Eindringen in die Privatsphäre der Patientin/des Patienten, das auch zu Kontrollzwecken und zur Dokumentation vermeintlicher Dysfunktionalitäten genutzt werden kann. Hier ist von den Professionellen Fingerspitzengefühl und Respekt vor der autonomen Lebensgestaltung des kranken Menschen gefragt.

Fazit: Das flächendeckende Angebot aufsuchender Behandlungsformen ist unbedingt zu befürworten. Allerdings muss auch hier die Personenorientierung im Mittelpunkt stehen: Ob Home Treatment für den jeweiligen Menschen geeignet ist und wie die konkrete Ausgestaltung erfolgen soll, muss in Abstimmung mit der Patientin/dem Patienten geklärt werden.

Elke Prestin

Unter Berücksichtigung unterschiedlicher Sozialrechtsbereiche kann Home Treatment beispielsweise folgende Zielsetzungen haben:

- ➔ die Selbständigkeit der Lebensführung und die sozialen Bezüge zu erhalten,
- ➔ die gesellschaftliche Teilhabe des Menschen zu sichern,
- ➔ Krisensituationen im gewohnten Lebensumfeld mit ambulant-aufsuchender Unterstützung zu bewältigen,
- ➔ die Destabilisierung von familiären Strukturen zu verhindern,
- ➔ die Angehörigen mit ihren Ressourcen und Unterstützungsbedarfen einzubeziehen,
- ➔ eine psychische Krankheit zu behandeln und die Symptomatik zu verbessern bzw. Verschlimmerung zu vermeiden,
- ➔ den Umgang mit sich selbst und anderen im Sinne einer therapeutischen Aufarbeitung von Konflikten zu unterstützen,
- ➔ die pflegerische Versorgung für den betroffenen Menschen zu sichern,
- ➔ die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern bzw. zu begleiten,
- ➔ die Entwicklung von Aktivitäten in unterschiedlichen Lebensbereichen zu fördern.

Bestandteile einer ambulanten Komplexleistung im Sinne von Home Treatment können u.a. sein:

- ➔ Leistungen zur Unterstützung der sozialen und kulturellen Teilhabe,
- ➔ fachärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
- ➔ häusliche Pflege und ambulante psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapie, Ergotherapie und andere therapeutische Angebote,
- ➔ stationsäquivalente Krankenhausbehandlung,
- ➔ Integrierte Versorgung,
- ➔ Leistungen in Notsituationen durch Krisendienste,
- ➔ Unterstützungsleistungen für Kinder bei einer elterlichen Erkrankung,
- ➔ Beratungsleistungen, insbesondere durch Sozialpsychiatrische Dienste und Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB),
- ➔ Unterstützung zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- ➔ Koordinationsleistungen, die als eigenständige Leistungen bisher nicht abgesichert sind.

*Die Sektorengrenzen machen sich im Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders bemerkbar. (...) Eine zügige Behandlung zur Vermeidung einer Chronifizierung oder eine nahtlose ambulante Anschlussbehandlung nach einem stationären Aufenthalt sind somit keine Selbstverständlichkeit. Die Tatsache, dass viele Menschen mit psychischen Erkrankungen neben medizinischen und pflegerischen Leistungen, die im SGB V geregelt sind, auch Leistungen anderer Sozialrechtsgebiete (z.B. Eingliederungshilfe nach SGB XII, berufliche Rehabilitation nach SGB IX etc.) benötigen, verstärkt die **erhebliche Fragmentierung** des Versorgungssystems.*

Gutachten Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung 2018, S. 683 Ziff. 1182

3. Chancen und Vorteile des Home Treatment

Kooperationsbeziehungen ausbauen und Erfahrungen nutzen

Seit 2011 begleiten wir als Abteilung Integrierte Versorgung – Home Treatment der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Campus Mitte in Kooperation mit Pinel Netzwerk Menschen aus Berlin Mitte.

Schwerpunkt dabei ist die Krisenintervention. Zu Beginn erarbeiten wir mit unseren Klienten/Klientinnen einen Krisenplan, in dem frühere Krisen reflektiert werden, um mit diesen Erfahrungen zukünftige zu vermeiden. Durch unsere systemische Arbeitsweise vernetzen wir die Menschen, die wichtig für unsere Klienten/Klientinnen sind. Also Menschen aus dem privaten, aber auch professionellen Bereich, die sie in Krisen und wenn sinnvoll bei der Vermeidung von Krankenhausaufenthalten unterstützen. Unsere Begleitung zielt auf die Stärkung der Selbstwirksamkeit der Klienten/Klientinnen und richtet sich nach deren individuellen Bedürfnissen, auch was Frequenz und Ort unserer Kontakte angeht. So treffen wir uns in Krisensituationen auch kurzfristig im häuslichen Umfeld. Eine Besonderheit unserer Arbeit ist die Einbeziehung von Erfahrungsexperten/-expertinnen in die Begleitung. Als ehemalige Nutzer/-innen der psychosozialen Versorgung, die eine Ex-In-Fortbildung absolviert haben, stellen diese ihr Erfahrungswissen, als weitere Perspektive, in der Begleitung zur Verfügung. Menschen in seelischen Krisen gelingt es so, selbständig ihren persönlichen Alltag zu leben und ihre Genesung voranzutreiben. Basierend auf diesen Erfahrungen aus dem Home Treatment, sehen wir die Notwendigkeit, die Behandlung im häuslichen Umfeld weiter auszubauen. Derzeit planen wir daher die Umsetzung der Stationsäquivalenten Behandlung als regelhafte Unterstützung von Menschen, die von einer Behandlung zuhause in ihrem sozialen Umfeld mehr profitieren als von stationärer und sehen die Notwendigkeit, auch weiterhin mit den gemeindepsychiatrischen Anbietern zu kooperieren.

Prof. Andreas Heinz und Wiebke Kaptein, Charite, Berlin

Home Treatment im Sinne einer bei Bedarf langfristigen und aufsuchenden Komplexleistung ermöglicht eine verbesserte Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und daraus resultierendem mehrdimensionalem Hilfebedarf, weil:

- ➔ insgesamt eine bessere psychische und **soziale Stabilität** erreicht, nachhaltig gesichert und eine chronische Entwicklung der Erkrankung und der damit verbundenen Einschränkungen der Lebensführung in vielen Fällen verhindert oder zumindest aufgefangen werden kann.
- ➔ die jeweils erforderlichen Hilfen modular und passgenau geplant und koordiniert umgesetzt werden können. Psychiatrie-Erfarene und Angehörige berichten **über eine höhere Zufriedenheit** – „Endlich weiß ich, wer jederzeit für mich da ist, wenn ich Hilfe brauche.“
- ➔ die Hilfe zu den Patientinnen/Patienten kommt, ohne den vorübergehenden Verlust der Lebenswelt bei Aufnahme in stationäre Einrichtungen. Familienangehörige und weitere Personen des sozialen Umfelds können selbstverständlich einbezogen werden.

➔ die besonderen Belange von Kindern psychisch erkrankter Eltern berücksichtigt und notwendige Unterstützungsleistungen vermittelt werden können.

➔ Lücken zwischen den unterschiedlichen Hilfesystemen geschlossen, niedrigschwellige Zugänge ermöglicht und Menschen erreicht werden können, die sich außerhalb der medizinischen und sozialen Regelversorgung befinden, z. B. wohnungslose Menschen mit einer psychischen Erkrankung.

➔ Transferverluste durch die enge Vernetzung aller Angebote vermieden werden können, wie sie vor allem bei Entlassungen aus Klinikbehandlungen und der Rückkehr in die Anforderungen des Lebens in der gewohnten Umgebung auftreten.

➔ Doppelstrukturen der regionalen Versorgung durch abgestimmte Angebote aller Leistungserbringer im Gemeindepsychiatrischen Verbund vermieden werden können.

Internationale Erfahrungen zeigen, dass ein konsequenter Ausbau des ambulanten Hilfesystems für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nicht zu höheren Kosten gegenüber einer klinikbasierten Versorgungsstruktur führt.

4. Ausgangsbasis – rechtliche Rahmenbedingungen

Bei der Koordination der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung besteht Optimierungspotenzial, insbesondere wegen der unübersichtlichen Leistungsanbieterstruktur, der oft komplexen Behandlungsverläufe und der nicht immer klaren Verantwortung für die Koordination vor allem im ambulanten Sektor.

Gutachten Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung 2018, S. 769, Ziff. 1330

Das gegliederte Sozialleistungssystem kennt die Komplexleistung bisher nur in der Frühförderung für Kinder mit Behinderung und in Form des Persönlichen Budgets für Menschen mit Behinderung (vgl. Seite 48). Eine **Komplexleistung**, wie für Home Treatment notwendig, ist bislang **rechtlich nicht normiert**. Alle für Home Treatment notwendigen einzelnen Leistungen – Behandlung, Eingliederung und Rehabilitation – werden auf der Basis unterschiedlicher rechtlicher Vorgaben und Rahmenbedingungen erbracht. Im Wesentlichen handelt es sich hierbei um Versicherungsleistungen der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, steuerfinanzierte Leistungen der Sozial- und Jugendhilfeträger sowie anderer Rehabilitationsträger gem. Sozialgesetzbuch Neun – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (SGB IX). Weitere Möglichkeiten sind vom Gesetzgeber nicht vorgesehen. (Vergl. Punkt 10 „Bausteine der Umsetzung und weitere Angebote“)

4.1 Behandlung

Eine gemeinsame und koordinierte Leistungserbringung wurde im Bereich der Behandlung erstmals mit den Selektivverträgen der **Integrierten Versorgung** (§ 140a SGB V) im Jahr 2004 eingeführt. Allerdings ist dieses komplexe Leistungsangebot auf Leistungen der Krankenbehandlung und Pflege beschränkt. Erschwerend kommt hinzu, dass der Erhalt dieser Leistung von der Mitgliedschaft des Versicherten in der entsprechenden Krankenkasse abhängt, da dies eine freiwillige und keine gesetzlich verpflichtete Leistung der Krankenkassen ist. Andere Leistungen der Sozialhilfe, wie die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung, zu integrieren, war vom Gesetzgeber im SGB V nicht vorgesehen und hängt vom Kooperationswillen der handelnden Akteure vor Ort ab. Gleiches gilt für die **Modellvorhaben** zur Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung (§ 64b SGB V).

„Zwischen ambulanten-psychiatrischen und (teil-) stationären Angeboten besteht eine große Lücke bezüglich der Intensität der Behandlung. Der Sprung von einer kurzzeitigen Behandlung einmal pro Quartal (als Abrechnungsstandard, bei Bedarf auch häufiger) hin zu einer Fünf-Tage-die-Woche-Behandlung oder Rund-um-die-Uhr-Behandlung erscheint den fließenden Übergängen in den Versorgungserfordernissen wenig angemessen. Obwohl der Gesetzgeber jüngst reagiert hat mit der Einrichtung der stationsäquivalenten Behandlungen und diese Entwicklung auch positiv von den Leistungserbringern bewertet wird (...) so betrifft sie doch (nur) eine gewisse Patientengruppe (...). Außerdem erfolgt sie aus dem Krankenhaus heraus, was eher für bereits stationäre Patienten als für sich schrittweise aus dem ambulanten Sektor verschlechternden Krankheitsverlauf geeignet erscheint. Dabei sieht eine große Mehrheit sowohl stationärer als auch ambulanter Leistungserbringer klar weitere Ambulantisierungspotenziale. (...) Zudem sind im stationären Sektor multimodale Behandlungen in-zwischen Standard, solche sind jedoch im ambulanten Sektor mangels Strukturen und Vergütungsmöglichkeiten kaum anbietbar.“

Gutachten Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung 2018, S. 745, Ziff1282

Weitere richtige Schritte zur Sicherung von lebensweltorientierten Hilfen bei einer psychischen Erkrankung sind in diesem Zusammenhang die Verpflichtung für stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäuser, ein **Entlassmanagement** (§ 39 Abs. 1a SGB V) umzusetzen und die Möglichkeit, im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt z.B. Psychotherapie, Soziotherapie, ambulante Behandlungspflege oder Medikamente zu verordnen.

Eine weitere Möglichkeit intensiver ambulanter Behandlung ergibt sich durch

die Einführung der ambulanten **stationsäquivalenten Behandlung** (§ 115d SGB V). Es handelt sich um Leistungen des Krankenhauses, beschränkt auf die Dauer stationärer Behandlungsbedürftigkeit. Diese Leistung ist zwar aufsuchend, aber keine rechtskreisübergreifende Komplexleistung, da sie sich auf das SGB V beschränkt. Offen ist derzeit, ob und wenn ja, welche ambulanten Anbieter in die Erbringung der stationsäquivalenten Krankenhausleistung einbezogen werden. Die ambulante stationsäquivalente Behandlung hängt also in erster Linie vom Gestaltungswillen

der Krankenhäuser und der Bereitschaft ambulanter Leistungsanbieter ab und ist regional umzusetzen. Der Paritätische und seine Fachverbände vertreten im Interesse der Betroffenen mit Blick auf Kontinuität und Normalisierung die Auffassung, dass bereits laufende Leistungen aus weiteren Sozialgesetzbüchern während einer stationsäquivalenten Behandlung grundsätzlich erhalten blei-

ben müssen, wie z. B. Pflege- oder Eingliederungshilfeleistungen. Sie sind in gemeinsamer Absprache mit der Klinik umzusetzen. In einem „Gemeinsamen Eckpunktepapier zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB)“ haben sich 22 Fachverbände für eine gemeinsame Umsetzung ausgesprochen, um regionale Doppelstrukturen zu vermeiden (vgl. Seite 47).



Home Treatment braucht Rahmenbedingungen für Innovation

Schwer und chronisch psychisch kranke Menschen benötigen ein komplexes Angebot an Behandlungs-, Rehabilitations- und Teilhabeleistungen. Für die unterschiedlichen Leistungen sind unterschiedliche Kostenträger und Leistungserbringer zuständig. Die Angebote sind zwar bis auf einige Ausnahmen – wie z. B. Psychotherapie, aber auch Soziotherapie oder ambulante psychiatrische Krankenpflege – verfügbar. Sie sind aber in aller Regel nicht ausreichend im Sinne eines Gesamtbehandlungsplans koordiniert. In der Folge erhalten Patientinnen und Patienten Leistungen häufig zu spät oder gar nicht, was beträchtliche gesundheitliche und sozialversicherungsrechtliche Konsequenzen hat: Immer mehr psychisch kranke Menschen werden deshalb erwerbsunfähig und müssen vorzeitig in Rente, verbunden mit einem hohen Armutsrisiko.

Hinzu kommt, dass für Patientinnen und Patienten mit komplexem Leistungsbedarf der Grundsatz ambulant vor stationär nicht konsequent umgesetzt wird. Nach wie vor werden diese Patienten zu häufig und zu lange stationär behandelt. Dies führt zu steigenden Patientenzahlen in den psychiatrischen Krankenhäusern. Dabei gibt es genügend Modelle für eine ambulante Komplexversorgung, deren Nutzen und Mehrwert für die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten längst belegt sind.

Was aber fehlt sind gesetzliche Rahmenbedingungen und finanzielle Ressourcen, um solche Modelle flächendeckend in der gebotenen Qualität zu realisieren. Auf Krankenkassen im Wettbewerb darf man sich hier nicht verlassen. Auch die Initiative einzelner Leistungserbringer wie zum Beispiel Krankenhäuser ist nicht ausreichend. Wir brauchen einen gesetzlichen Rahmen, der Innovation auch kostenträgerübergreifend erlaubt und die notwendigen finanziellen Ressourcen, die für den Ausbau einer sektorenübergreifenden Versorgung erforderlich sind, zur Verfügung stellt.

Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

4.2 Eingliederung und Rehabilitation

Im Bereich der Eingliederungshilfe sind mit der Einführung der individuellen Hilfeplanung bereits vor Jahren Instrumente zur Planung komplexer Unterstützungsleistungen geschaffen worden (**IBRP** – Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan und Variationen). Diese beschränken sich allerdings überwiegend auf die unterschiedlichen Bereiche der Teilhabeförderung (z. B. Arbeit, Wohnen und soziale Kontakte) und werden nicht flächendeckend eingesetzt. Die übrigen Leistungen, insbesondere der Behandlung, werden mit diesen Manualen und den darauf basierenden Hilfeplanungsverfahren kaum realisiert.

Für Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht (i. d. R. Verwaltungs- oder Antragsleistungen), hat der Gesetzgeber mit dem Bundesteilhabegesetz im SGB IX ab dem 01.01.2018 die **Verpflichtung für die Koordinierung** der Leistung (§§ 14ff. SGB IX) und für die Durchführung von Teilhabe- und Gesamtplanverfahren (§§ 19ff. und 117ff. SGB IX) für die Leistungsträger eingeführt. Allerdings sind Behandlungsleistungen nach dem SGB V davon teilweise ausgenommen.

Ziel dieser Neuregelungen im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes ist es, die

Leistungen „wie aus einer Hand“ zu ermöglichen. Hierfür wurden Regelungen für die Koordination des Antragsverfahrens, Bedarfsfeststellungs- und Bewilligungsverfahren für die Leistungsträger festgelegt. Bestandteile dessen sind das Teilhabe- und das Gesamtplanverfahren, an denen die Leistungserbringer nur bedingt beteiligt sind. Ihnen obliegt aber die Umsetzung der Leistungen, die sie entsprechend den jeweiligen Vorgaben der Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) zu erbringen haben.

Grundsätzlich werden die Stärkung der Koordinierung und die Durchführung von Teilhabe- und Gesamtplanung gem. SGB IX unterstützt. Das SGB IX gilt jedoch nur für Menschen mit Behinderung bzw. für Menschen, die von Behinderung bedroht sind. Für Menschen mit psychischer Erkrankung, die **erstmalig Behandlung** und Unterstützung brauchen und für die Definition von Behinderung gemäß § 2 SGB IX noch nicht gilt, greifen diese Regelungen nicht. Aus Sicht des Paritätischen und seiner Fachverbände braucht es zukünftig dringend vergleichbare Verfahren, um Krankheitsverläufe zu vermeiden, die zu einer chronischen Erkrankung und/oder Behinderung führen können.

Auch die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten **Modellvorhaben** „rehapro“ zur Stärkung der Rehabilitation (§ 11 SGB IX) im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben bieten eine Chance. Die Zielgruppe umfasst Menschen mit zu erwartenden oder beginnenden Rehabilitationsbedarfen, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Menschen mit komplexen gesundheitlichen Unterstützungsbedarfen. Ziele der Modellvorhaben sind u. a. die Grundsätze „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“ zu stärken und die Erwerbsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen sowie den Zugang in die Erwerbsminderungsrente und die Eingliederungshilfe bzw. Sozialhilfe nachhaltig zu senken.

Wie bereits ausgeführt, sind bei der Erbringung von Rehabilitations- und Teilhabeleistungen die differenzierten und unterschiedlichen Qualitätsvorgaben der jeweiligen Leistungsgesetze, deren Verordnungen oder Richtlinien zu erfüllen, in denen Leistungen für Koordination oder rechtskreisübergreifende Absprachen der Anbieter bislang nicht vorgesehen sind. Unter diesen Bedingungen wird eine bedarfsgerechte komplexe Leistungserbringung erheblich erschwert. Allen ambulanten Anbietern und aufsu-

chenden Diensten, die sich dieser Aufgabe stellen und mit diesem Portfolio arbeiten, brauchen Mut und Kraft, um diese innovative Aufgabe zu lösen. Allein die Qualitätsanforderungen an das Personal (wer darf welche Leistungen nach welchem Recht erbringen?) stellen eine tägliche Herausforderung für die ganzheitliche Erbringung von Behandlungs- und Unterstützungsleistungen „wie aus einer Hand“ und im Sinne von Home Treatment für die Anbieter dar.

Andere Möglichkeiten für eine komplexe Leistungserbringung sind vom Gesetzgeber bislang noch nicht vorgesehen. Damit bleibt die Etablierung und Bereitstellung von Home Treatment, wie bereits ausgeführt, vom Gestaltungs- und Kooperationswillen der Beteiligten abhängig. Seit Jahren bemühen sich die sozial- und gemeindepsychiatrisch orientierten Träger – nicht nur im Paritätischen – hier entsprechende bedarfsgerechte Angebote zu schaffen und Home Treatment unter den Vorgaben des gegliederten Systems umzusetzen. Das ist keine leichte Aufgabe, da Leistungen für Koordination und Abstimmungen zwischen den Anbietern in den jeweiligen Leistungskatalogen kaum vorgesehen sind bzw. unzureichend vergütet werden. Deshalb ist die Qualität bewährter und erprobter Modelle von ambulanter Behandlung und Begleitung zu sichern und

regelmäßig zu finanzieren, damit psychisch erkrankte Menschen in ihrer Gesundheit durch die Bereitstellung fachlich notwendiger Hilfen unterstützt werden können.

Psychisch erkrankte Menschen und die Leistungsanbieter brauchen Rechtssicherheit und eine zuverlässige Finanzierung.

Koordination als Voraussetzung für Home Treatment

Das in dieser Broschüre vorgestellte Verständnis von Home Treatment basiert auf einer koordinierten Form von Leistungserbringung in allen Bereichen von Behandlung, Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe. Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) formuliert die Ansprüche an die Leistungsträger. Denn Menschen mit Behinderungen haben nun einen Rechtsanspruch auf abgestimmte Teilhabepflege. Auch für die Anbieter von Leistungen zur Sozialen Teilhabe ergeben sich daraus die Anforderungen, sich aktiv an der Koordinierung von Hilfen zu beteiligen. Dabei geht es im Wesentlichen um die Abstimmung im Verlauf von Maßnahmen und Leistungen in jeweils konkreten Lebenssituationen, auch über die Rechtskreise hinaus. In den aus dem BTHG heraus neu einsetzenden Verhandlungen zu Rahmenverträgen auf Landesebene muss nun dieser Anspruch umgesetzt werden. Dass dies möglich ist, zeigen die schon seit 2004 bestehenden Leistungsbeschreibungen für Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischen Behinderungen in Berlin: Dort sind „Koordination und Behandlungsplanung“ bisher Bestandteil der Leistungen. Sie werden bei der individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplanung auch in Zeitwerten berücksichtigt und damit finanziert. Es wird dort auch eine koordinierende Bezugsperson namentlich benannt. Sowohl die Planung wie auch die Umsetzung finden in Abstimmung und Einbeziehung mit den leistungsberechtigten Bürgerinnen und Bürgern statt. Das kann vielleicht als Beispiel dienen – und muss für die Zukunft gesichert werden.

*Matthias Rosemann,
Träger gGmbH, Berlin-Reinickendorf
BAG Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.*

5. Struktur der Versorgung

Die Koordination von Patientenwegen ist in der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung ein wichtiges Thema, zumal das Versorgungssystem selbst für Fachleute nicht in allen Aspekten übersichtlich ist.

Gutachten Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung 2018, S.683

Der Aufteilung der Leistungen auf diverse Sozialgesetzbücher folgend, ist die Landschaft der Leistungserbringer ebenfalls fragmentiert. Dadurch wird ein gemeinsames Handeln erschwert, zumal Koordination und Vernetzung in den meisten Sparten keine eigene Leistungsart darstellen (s. o.).

Im Bereich der **Behandlung** kommt die Trennung zwischen **stationären** (Krankenhausbereich) und ambulanten Angeboten hinzu, zwischen denen es nur wenige Überschneidungen und Übergänge gibt (Institutsambulanzen, stationsäquivalente Behandlung, Belegärzte). Diese Bausteine stehen überwiegend in der Trägerschaft der Krankenhäuser. Auch die bisherigen Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V sind – entgegen der Absicht des Gesetzgebers – bisher ausschließlich Sache der Kliniken. Sie haben zwar zur Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung, aber nicht zur Integration der Leistungen zwischen ambulanten und stationären Sektoren beigetragen.

Bei der **ambulanten Behandlung** ist eine Struktur der Vereinzelung vorherrschend: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeut/-innen, Soziotherapeuten/-therapeutinnen, ergotherapeutische Praxen und Pflegedienste arbeiten in der Regel in separaten Strukturen. Allenfalls schriftliche Koordination in Form von Verordnungen und Behandlungsberichten ist als Regelleistung erfasst und finanziert. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können diese Vereinzelung nur ansatzweise überwinden.

Verbindliche Kooperation kommunal organisieren

Ich plädiere dafür, den Begriff „Home Treatment“ in Übereinstimmung mit den S3-Leitlinien „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ zu reservieren für die primär aufsuchende multidisziplinäre intensive Akutbehandlung für die Dauer einer psychischen Krise (ca. 2-6 Wochen).

Dieses spezielle Angebot sollte in das umfänglichere Leistungsspektrum eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums (GPZ) integriert sein, das für ein Gebiet von 50.000-150.000 Einwohnern eine regionale Versorgungsverpflichtung übernimmt. Damit wird eine bessere Kooperation „unter einem Dach“ zwischen verschiedenen Angeboten wohnortnaher und auch aufsuchender Hilfen angestrebt mit gemeinsamer Leistungserbringung bei komplexem Hilfebedarf und Erzielung von Synergieeffekten.

Die Kooperationspartner eines GPZ sollten ihre jeweiligen Hilfsangebote einbringen und gemeinsam eine Anlaufstelle für die Erstberatung (Front Office) betreiben, möglichst 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche. Bei Bedarf muss im GPZ eine sofortige aufsuchende Krisenintervention verfügbar sein, auch im Sinne eines Home Treatment oder einer stationsäquivalenten Behandlung (StäB).

Kooperationspartner sollten sein: der Sozialpsychiatrische Dienst der betreffenden Kommune (die auch die Federführung übernimmt und für eine reibungslose Zusammenarbeit mit den psychosozialen Anlaufstellen im Sozialraum sorgt), eine dezentrale Institutsambulanz mit Akuttagesklinik der für das Einzugsgebiet zuständigen psychiatrischen Klinik und weitere Leistungserbringer, – so z.B. Peer-Beratung und Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB), ergo- und soziotherapeutische, psychiatrische und psychotherapeutische Praxen der Kassenärztlichen Versorgung, Angebote der psychiatrischen Pflege und der Eingliederungshilfe für Menschen mit einer seelischen Behinderung – soll einrichtungs-unabhängig sein.

Dr. Hermann Elgeti
Kordinator des Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland

Der dritte Bereich – **Rehabilitation und Eingliederungshilfe** – folgt in seinen Strukturen zunächst ebenfalls der Logik der Zersplitterung, meist wird für jede Leistungsart eine eigene Institution oder wenigstens ein eigener Arbeitsbereich

geschaffen. In vielen Regionen haben sich aber immerhin Institutionen herausgebildet, die eine größere Zahl von Angeboten in einer Einrichtung vereinen, beispielsweise die Sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland.

Die drei Bereiche der psychosozialen Versorgung

Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern

- Stationen
- Tageskliniken
- Institutsamulanzen
- Stationsäquivalente Behandlung

Niedergelassene Praxen

- Haus- und Fachärzte/-ärztinnen
- Medizinische Versorgungszentren
- Psychotherapeuten/-therapeutinnen
- Ergo-, Sozio-, Physiotherapeuten/-therapeutinnen

Gemeindepsychiatrische Anbieter und Dienste

- Med. und berufl. Rehabilitation
- Wohn- und Unterstützungsangebote
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Behandlungs- und Pflegedienste

6. Formen und Entwicklungsstand regionaler Kooperationen

An vielen Orten werden Formen und Modelle der Kooperation bereits erprobt. Allerdings entsprechen diese i.d.R. nicht dem umfassenden Verständnis von Home Treatment. **Zahlreiche Versuche**, die fehlende Kooperation an den Schnittstellen zu überwinden, haben mehr oder weniger deutliche Fortschritte hervorgebracht, konnten aber bislang keinen Durchbruch zu ganzheitlicher Planung und Erbringung *aller* Leistungen „wie aus einer Hand“ bewirken. Mit wenigen Ausnahmen blieb insbesondere der institutionelle Graben zwischen der Behandlung und den übrigen Hilfearten unverändert.

Die Leistungsträger der diversen Rehabilitations- und Teilhabeleistungen haben separate Vereinbarungen mit Anbietern abgeschlossen, sind aber miteinander nicht verbunden. „**Trägerübergreifende Budgets**“ existieren in geringer Zahl auf der Ebene des Einzelfalls im Rahmen des Persönlichen Budgets, aber nicht auf der Ebene der regionalen Versorgungssysteme. Der bisher einzige Versuch eines trägerübergreifenden regionalen Gesamtbudgets im Bereich des SGB V und SGB XII in Bremerhaven kam letztlich nicht zustande.

Es bleibt daher den Leistungserbringern vorbehalten, in ihren Einrichtungen und einrichtungsübergreifend für Vernetzung und Integration zu sorgen. Neben den schon erwähnten Gemeinde- oder Sozialpsychiatrischen Zentren, die etliche Angebote bündeln, existieren diverse Formen **Gemeindepsychiatrischer Verbände**, die in ihren Regionen eine Koordination der wesentlichen Anbieter betreiben und eine gemeinsame, integrierte Hilfeplanung unterstützen. Allerdings beteiligen sich in der Regel lediglich die Anbieter und Träger der Eingliederungshilfe an solchen integrierten Hilfeplanungen. Für diesen Bereich gelten die Teilhabe- und Gesamtplanung, die immerhin auch die Pflegeversicherung und weitere angrenzende Bereiche, wie z.B. die Jugendhilfe einbeziehen sollen. Behandlungsmaßnahmen werden mit diesen Prozessen jedoch kaum erfasst.

Im SGB V hat der Gesetzgeber mehrere Anläufe für eine Zusammenführung der Behandlungsmodule unternommen. Bereits erwähnt wurden die Schritte zur Öffnung der Krankenhausleistungen im **ambulanten Bereich (PIA, MVZ, StäB)** und die ebenfalls bisher rein krankenzentrierten Modellvorhaben ge-

mäß § 64b SGB V. Übergänge zwischen einer Krankenhausbehandlung und der nachfolgenden ambulanten Versorgung sollen durch das Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1a SGB V) gewährleistet werden, das allerdings lediglich das Krankenhaus selbst verpflichtet, eine Beteiligung der nachfolgenden ambulanten Leistungserbringer aber nicht vorsieht und auch nicht honoriert.

Eine ambulante Koordinationsleistung soll durch **Soziotherapeuten/-therapeutinnen** erbracht werden (§ 37a SGB V). Wegen der noch unzureichenden Vergütung fehlt diese Pflichtleistung allerdings in den meisten Regionen, außerdem bleibt sie auf die Hinführung und Motivierung zu kassenfinanzierten Behandlungsleistungen beschränkt.

Über Selektivverträge der **Integrierten Versorgung** und vom Innovationsfonds geförderte Projekte haben diverse Akteure – vorrangig aus dem Bereich gemeindepsychiatrischer Träger – modellhaft stärker integrierte Leistungen aufgebaut, wobei in einzelnen Regionen auch verbindliche Kooperationen zwischen Krankenhaus und ambulanter Behandlung sowie die Einbeziehung von Leistungen mehrerer Kostenträger gelungen sind.

Es bleibt aber insgesamt eine noch **ungelöste Aufgabe**, durch entsprechende Regelungen und Finanzierungen in den diversen Gesetzen den Aufbau multiprofessioneller, ambulant-aufsuchend arbeitender Teams zu fördern, die insbesondere für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen komplexe Leistungen „wie aus einer Hand“ erbringen, etwa nach dem Vorbild der britischen Community Mental Health Teams oder der niederländischen FACT-Teams.

Daher setzen sich die Verbände für eine Orientierung an den erfolgreichen und evaluierten britischen und niederländischen Home Treatment Modellen bei der Implementierung von Home Treatment in Deutschland ein.

Multiprofessionelle Versorgung im Lebensumfeld des Patienten

Die fachärztliche ambulante Behandlung findet aktuell primär in den Räumen der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes statt. In der psychiatrischen ambulanten Versorgung ist es häufig notwendig Patient/-innen in ihrem Lebensumfeld zu sehen, zu begutachten, zu explorieren und zu behandeln! Das wird vor allem bei suizidalen Krisen, eingeschränkter Wegefähigkeit auf Grund schwerer Angsterkrankungen, Zwangserkrankungen oder zunehmend im geriatrischen Bereich erforderlich. In der aktuell bestehenden Regelversorgung, die von den kassenärztlichen Vereinigungen geleistet wird, fehlen für ein Home Treatment die Ressourcen. Diese werden von den Kostenträgern z.Z. nicht in die ambulante Versorgung eingestellt.

Im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen § 140a SGB V ist es möglich mit einer multiprofessionellen Vernetzung „Teil-Home-Treatment“ umzusetzen.

Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer hohen symptomatischen Belastung vorübergehend nicht in die Praxis kommen können, können durch eine Verordnung für ambulante psychiatrische Pflege, Ergotherapie oder Soziotherapie in ihrem Lebensumfeld unterstützt werden. Besonders geeignet für eine hochfrequente Krisenintervention ist die ambulante psychiatrische Pflege, die ein konstantes Feedback und Kommunikation mit der Facharztpraxis umsetzt und eine bestmögliche ambulante Versorgung ermöglicht. Behandlungsmaßnahmen wie Ergotherapie, Soziotherapie oder ambulante psychiatrische Pflege können über längere Zeiträume verordnet werden und helfen der Patientin/dem Patienten, den Angehörigen und Freunden bei der Überwindung schwerer Krisen.

Daneben sind jedoch oftmals auch Unterstützungsleistungen notwendig, die sich auf die gesamte Lebenssituation einschl. der beruflichen und sozialen Teilhabe der Patientin/des Patienten beziehen. Die jahrelangen Erfahrungen in der integrierten Versorgung zeigen, dass eine abgestimmte Behandlung von den Versicherten gut angenommen, das psychische Befinden stabilisiert und Krankenhausbehandlung vermieden werden kann. Diese positiven Erfahrungen sind sektorenübergreifend zu nutzen!

Alicia Navarro Ureña
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin
vpsg - Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V.

7. Erfolgsfaktoren teambasierter, aufsuchender Behandlung und Unterstützung

Home Treatment versteht sich **außerhalb Deutschlands** als eine intensive aufsuchende Behandlung, Begleitung und Krisenintervention rund um die Uhr. Die vorhandenen Dienste in unserem Land werden dieser Anforderung nur in Teilen gerecht. Es bedarf besonders in der aufsuchenden Tätigkeit und in der Kooperation einer Weiterentwicklung, unabhängig davon, ob es sich dabei um eine kurzfristige Krisenintervention (über mehrere Wochen) oder um eine oftmals auf Jahre angelegte Behandlung und Begleitung handelt.

Zum Aufbau multiprofessioneller Teams und gemeindepsychiatrischer Arbeitsgemeinschaften ist zunächst einmal die **Bereitschaft aller regional Beteiligten** notwendig. Dazu muss eine gemeinsame Haltung in Bezug auf Krankheitsverständnis, Psychopathologie, Behandlungsan-

sätze und professionelles Selbstverständnis entwickelt werden. Dies kann durch Workshops, Hospitationen oder Fortbildungen unterstützt werden.

Um die versäulte Landschaft deutscher Hilfesysteme in ein Hilfenetz weiterzuentwickeln, müssen bestehende **Kontaktplattformen** (wie z.B. Gemeindepsychiatrische Verbände, Psychiatrische Arbeitsgemeinschaften, Hilfe- und Teilhabeplankonferenzen) neu geschaffen und ausgebaut werden. Es gilt eine regelhaft verfasste und tragfähige Kommunikationsstruktur sowie eine gemeinsame Vorgehensweise zu schaffen. Diese müssen sowohl auf eine gesetzliche als auch auf eine finanzielle Basis gestellt werden, denn Zusammenarbeit muss mit den Betroffenen und unter den verschiedenen Diensten abgestimmt werden. Dazu sind personelle, strukturelle und finanzielle Ressourcen nötig.

Zur bedarfsgerechten Steuerung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen empfiehlt der Rat, (...) f. die Koordinationsverantwortung für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen klar zu verorten, möglicherweise bei einem bestimmten Leistungserbringer je Patient. (...) Ein damit einhergehender höherer Koordinationsaufwand könnte durch eine angemessene Koordinationspauschale vergütet werden;

Gutachten Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung 2018, S.779, Ziff.7f

Mitarbeitende unterschiedlicher Institutionen und mit unterschiedlichen Professionen müssen in die Lage versetzt werden, sich fallbezogen auszutauschen und im Einvernehmen mit der betroffenen Person einen gemeinsamen Unterstützungs- und Behandlungsplan zu entwickeln und zu begleiten. Multiprofessionelle Teams tragen in diesem Prozess mit den Leistungsberechtigten und deren persönlichem Umfeld die gemeinsame Verantwortung. Die Behandlung und Versorgung muss mit allen Beteiligten gemeinsam koordiniert und strukturiert werden. Daher sollten regionale Absprachegremien mit Entscheidungskompetenzen und Ressourcen zur Umsetzung der Maßnahmen ausgestattet werden. Als Ausgangsbasis sind Gemeindepsychi-

atrische Verbünde denkbar, in denen die beteiligten Institutionen eine verbindliche Kooperation in Form von Leitlinien oder Verträgen vereinbaren.

Als weiteres müssen Vorhaltezeiten für kurzfristige schnelle flexible Einsätze sowie langfristige Koordination und Kommunikation eingeplant und finanziert werden. Es müssen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten abgesprochen und vereinbart werden. Daher sind personenbezogene Budget-Anteile aus unterschiedlichen Töpfen zu finanzieren (SGB V, SGB VI, SGB VIII, SGB IX), wenn die Leistungen von multiprofessionellen Teams erbracht werden. Denkbar wäre eine Orientierung an der **Komplexleistung in der Frühförderung**.

Home Treatment: Eine Einschätzung aus Angehörigen-Sicht

Seit einiger Zeit wird das Thema Home Treatment sehr stark in der Fachwelt diskutiert. Es ist ein innovatives Angebot von psychiatrischen Kliniken oder Gemeindepsychiatrischen Verbänden, bei dem das Behandlungsteam psychisch erkrankte Menschen in ihrer gewohnten Umgebung versorgt. Psychiatrische Kliniken sprechen hierbei von einem innovativen Angebot, welches die stationäre Behandlung ersetzen und/oder die Behandlung verkürzen soll. Die Idee Home Treatment als Bestandteil der integrierten Versorgung anzusehen ist ein Fortschritt. Allerdings muss der Fokus des Home Treatments sich auf die besonderen Anliegen der Angehörigen und ihrer erkrankten oder seelisch behinderten Familienmitglieder konzentrieren. Allerdings muss man die Möglichkeiten des Home Treatments differenziert betrachten. Es ist zweifelsfrei eine gute Möglichkeit, Betroffene zu erreichen, die allein

leben und zu krank für eine stationäre Behandlung sind, sich schwer tun mit Stationsregeln und -ordnung und wenig soziale Umfeldunterstützung erhalten. Wenn es ein enges soziales Umfeld und auch noch die Unterstützung durch die Familie gibt, ist zu bedenken, dass Angehörige (Eltern, Partner, Geschwister oder Kinder) eines psychisch erkrankten Menschen ebenso von Home Treatment berührt sein können wie die Betroffenen selbst. Zu nennen ist unter anderem die Sorge und die Gefahr, die Verantwortung des professionellen Teams in die Familie zu verlagern, wodurch die Familien noch stärker belastet werden. Eine Belastung erfährt die Familie schon jetzt durch eine unzureichende finanzielle Absicherung pflegender Angehöriger, die besondere berufliche Situation und Doppelbelastung, die eingeschränkte allgemeine Teilhabe am sozialen Leben und die Schwierigkeiten in der Umsetzung der Interessen der Angehörigen gegenüber dem sozialen Hilfesystem und der nach wie vor gegebenen Stigmatisierung. Aufgrund der Sorge bezüglich der Verlagerung der Verantwortung und der Erhöhung der zeitlichen Inanspruchnahme darf das aufsuchende Angebot von dem multiprofessionellen Team nur mit Einwilligung der Patientin/des Patienten und ihrer/seiner Familie – sofern sie in einem Haushalt zusammenleben – durchgeführt werden. Eine Übereinstimmung von Betroffenen und Angehörigen bezgl. der Behandlung im eigenen häuslichen Umfeld muss gewährleistet sein. Ferner muss die Aufnahme auf freiwilliger Basis und mit dem Einverständnis der Personen erfolgen, die im selben Haushalt leben oder sehr engen Kontakt zu den Betroffenen haben. Eine Entscheidung bzgl. des Home Treatments darf nicht von professioneller Seite allein stattfinden! Es sollten nur Menschen mit psychischen Erkrankungen aufgenommen werden, die aufgrund einer akuten Krise sonst stationär behandlungsbedürftig wären. Ausschlusskriterien sind unserer Meinung nach akute Selbst- oder Fremdgefährdung.

Home Treatment ist eine sehr gute Ergänzung des Behandlungsangebotes und hilft bei der Überwindung der einzelnen Sektoren stationär, teilstationär und ambulant, ist aber bedeutend mehr als die in der Diskussion befindliche Stationsäquivalente Behandlung, sondern umfasst auch soziale Interventionen.

Gudrun Schliebener, Caroline Trautmann
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.

8. Empfehlungen zur praktischen Umsetzung

Home Treatment wird empfohlen, wenn Menschen krankheitsbedingt ihre Behandlung nicht selbstständig in Anspruch nehmen können oder ihre Behandlung im eigenen Wohnraum wünschen. Eine teambasierte Behandlung umfasst dabei psychosoziale, psychologische und pharmakologische Interventionen sowie Unterstützung in Arbeit und Bildung. Home Treatment bezieht sich damit auf die gesamte Lebenssituation und das Lebensumfeld eines Menschen. Die folgenden Darstellungen beschreiben im Wesentlichen den Erstkontakt in einer akuten Phase. Bei Folgekontakten ist in gleicher Weise vorzugehen.

Um eine schnelle und am Bedarf der Menschen mit psychischer Erkrankung ausgerichtete Behandlung anzubieten, ist eine **Anlaufstelle** bzw. Kontaktmöglichkeit notwendig, die **24 Stunden** erreichbar ist. Sie muss telefonische und aufsuchende Krisenintervention sowie eine Krisenwohnung zur Verfügung stellen oder vermitteln. Eine erste Einschätzung, wie dringend eine persönliche Kontaktaufnahme ist, wer diese durchführt und wo sie stattfinden kann, ist bestenfalls schon am Telefon oder vor Ort vorzunehmen. Bei einer Selbst- und Fremdgefährdung sowie bei einem entsprechenden Wunsch der Menschen mit psychischer Erkrankung ist die Notwendigkeit einer stationären Aufnah-

me (zur 24 Std. Begleitung/Überwachung) zu thematisieren.

Zu Beginn jeder Krisenintervention stehen Fragen der Diagnostik, der Bedarfsfeststellung und der Behandlungsplanung an. Im häuslichen Setting kommen jedoch die Fragen der Grundversorgung automatisch zu Beginn mit in den Blick. So kann eine Klärung zu den Mahlzeiten, den Schlafgewohnheiten und der Körperpflege zunächst im Vordergrund stehen. Ausgebildete psychiatrische Krankenpflegerinnen oder -pfleger sind hier oft die ersten Ansprechpartner/-innen, aber auch andere alltagsorientierte Berufsgruppen. Alle Berufsgruppen sind zur Beteiligung an der psychosozialen Diagnostik aufgerufen. Ebenso wie gemeinsame Planung ist die gemeinsame Diagnostik im Fall einer multiprofessionellen Intervention eine umfassende Koordinations- und Kommunikationsaufgabe. Die psychiatrische, psychotherapeutische bzw. medizinische Untersuchung, unter Umständen ergänzt um die Diagnostikmöglichkeiten einer Klinik, wird somit erweitert und es kommt zu einer umfassenden Planung der Behandlung und aller weiteren Hilfen. Die Behandlung und Begleitung kann dann aus Einzelinterventionen, Systeminterventionen, Gruppenangeboten und/oder teambasierten Angeboten bestehen.

Entwicklungsperspektiven aufzeigen

Psychiatrische Krisen sind, mit einem 24-Stunden-Krisendienst, eingebettet in eine multiprofessionelle kollegiale Infrastruktur in einer umschriebenen Gemeinde – durch telefonische Hotline, aufsuchende Rufbereitschaft und Krisenbetten – Home Treatment eben – in vielen Fällen gut zu bewältigen. Fachpflegende bilden einen wichtigen Aspekt innerhalb der hier notwendigen Professionalität ab.

Die Herausforderung besteht in der weiteren „Lebenslage“ der Menschen: Sie sind beispielsweise Eltern und leben mit ihren minderjährigen Kindern zusammen. Oder sie sind psychotisch und süchtig. Sie pflegen ältere Angehörige. Sie sind selbst über 65 Jahre alt. Sie leben möglicherweise mit weiteren körperlichen, geistigen Einschränkungen oder Beeinträchtigungen ihrer Sinne. Oder wir finden wegen unterschiedlicher kultureller Hintergründe keine gemeinsame Sprache mit ihnen in der Weise, dass das „Konzept Krise“ Resonanz bei ihnen finden und die Art der Krisenhilfe als Bewältigung erlebt werden kann. Auch weitere Szenarien sind hier denkbar.

Psychiatrische Behandlung bildet nur einen Teil der benötigten Unterstützung in der Gemeinde ab. In den multiprofessionellen Teams sind interdisziplinäre Helferinnen und Helfer gefragt, die sich gemeinsam der medizinischen und psychosozialen Bedarfe der Einzelpersonen und Familien in Krisen annehmen. Wenn diese Unterstützung vor Ort, in der Häuslichkeit der Menschen, wie beschrieben, stattfinden kann, bedeutet Krisenhilfe Chance und Entwicklung für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Katrin Herder
Psychosozialer Trägerverein Solingen e.V.
Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege

Dieses multiprofessionelle Vorgehen birgt unter Einbeziehung des Menschen mit psychischer Erkrankung und dessen Umfeldes die Chance eines viel umfassenderen Bildes der Lage sowie der Interventionsmöglichkeiten, als es im sta-

tionären oder Einzelsetting je möglich wäre. Dazu bedarf es eines Arbeitens auf „Augenhöhe“, nicht nur zwischen den Professionellen, sondern vor allem mit dem Betroffenen und seinem Umfeld.

*Die Angebotsstruktur im Versorgungssystem für psychisch erkrankte Menschen ist insgesamt fragmentiert und unübersichtlich. Die Angebote verschiedener Leistungserbringer mit unterschiedlichen Qualifikationen, Aus- und Weiterbildungen sind den Patienten teilweise schwierig zu erklären. Für Analysen von Koordinationsabläufen ist eine Orientierung an „Funktionseinheiten“ sinnvoll. **Dabei ist vor allem wichtig, welche Leistung ein Leistungserbringer erbringt, und weniger die Art seiner Ausbildung.***

Gutachten Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung 2018, S. 706, Ziff. 1214

Im Rahmen der Teamarbeit werden mit Blick auf die Beziehungskontinuität einzelne Mitarbeitende mit Aufgaben betraut, die nicht ureigene Aufgaben der Profession sein müssen. Ein genaues Abwägen der Allzuständigkeit und Verteilung bzw. Delegation von Aufgaben ist hier im Interesse der Menschen mit psychischer Erkrankung ebenso angezeigt, wie ein regelmäßiger Austausch der unterschiedlichen Professionen über die jeweiligen Aufgaben und das Vorgehen der unterschiedlichen Fachbereiche. Eine Einschätzung des Gefährdungspotentials bei Selbst- und Fremdgefährdung muss jederzeit vorgenommen werden können und die Frage der Verantwortlichkeiten unter den Beteiligten geklärt sein.

Günstigstenfalls halten Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu ihrem professionellen Unterstützungs- und Behandlungsteam stabilen Kontakt. Das Team bietet an, in allen Phasen der Erkrankung und Genesung Verantwortung und Koordinationsleistungen zu übernehmen. Über die Beziehungskontinuität bietet sich die Möglichkeit der gemeinsamen Reflexion der vergangenen Krise oder Therapieverläufe, hieraus können Selbstwert und Selbstbefähigung erwachsen. Die Behandlung und Begleitung erfolgt ggf. in größeren Abständen bzw. wird ergänzt um mehr Alltag, Berufs- oder Lebensbegleitung.

9. Forderungen

a) An die Leistungserbringer

Home Treatment ist im Lebensumfeld der Betroffenen zu gestalten.

Das erfordert

- ➔ eine Haltung der gegenseitigen Wertschätzung und Anerkennung individueller Lebensentwürfe,
- ➔ die Verantwortungsübernahme für unterschiedliche Bedarfslagen und Leistungsarten sowie die Gestaltung von Übergängen,
- ➔ die Sicherstellung der aufsuchenden Leistung und Erreichbarkeit auch in ländlichen Regionen.

Home Treatment ist teambasiert umzusetzen.

Daher

- ➔ sind die Leistungen interdisziplinär und multiprofessionell zu erbringen,
- ➔ sind Peer- und EX IN-Vertreter/-innen Bestandteile des Teams,
- ➔ können die Mitarbeitenden vertrauensvoll Aufgaben delegieren und sind bereit, „berufsfremde“ Aufgaben unter Anleitung zu übernehmen,

- ➔ tragen alle Anbieter von Leistungen gemeinsam die Verantwortung bei der Koordination und Leistungserbringung, wobei die Festlegung einer autorisierten Bezugsperson notwendig ist,

- ➔ ist von allen Beteiligten eine Haltung der gegenseitigen Wertschätzung und Anerkennung sowie Vertrauen in die jeweils anderen Professionen gefordert.

Home Treatment ist regional zu gestalten.

Das erfordert

- ➔ eine Zusammenarbeit der Leistungsanbieter in Arbeitsgemeinschaften bzw. Gemeindepsychiatrischen Verbänden, um Koordination und notwendige Absprachen zwischen den Leistungsanbietern abzusichern,
- ➔ vertragliche Vereinbarungen, um einen hohen Grad an Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit zu erreichen.

b) An die Leistungsträger

Home Treatment ist als Komplexleistung umzusetzen.

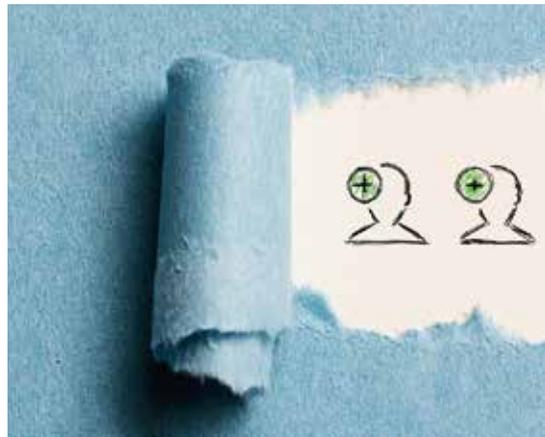
Das bedeutet, dass

- ➔ Home Treatment keine Einengung auf bestimmte Leistungen oder Lebensbereiche erfahren darf,
- ➔ eine Anschlussfähigkeit aller Leistungen auch bei unterschiedlichen Rechtskreisen abzusichern ist,
- ➔ es nicht zu einem „Verschieben“ von Leistungen zwischen den Leistungsträgern zulasten der Berechtigten kommen darf,
- ➔ auch die Leistungsträger eine gemeinsame Verantwortung bei der Koordination und Erbringung der Leistungen tragen und sich in den regionalen Arbeitsgemeinschaften verbindlich einbringen müssen.

Home Treatment ist auch als präventive Leistung zu erbringen.

Daher

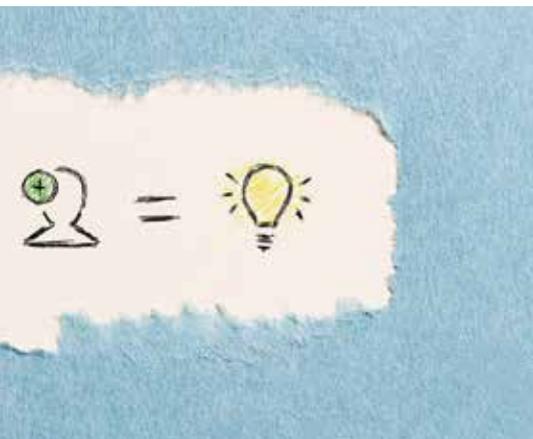
- ➔ ist eine langfristige und niedrigschwellige Begleitung auch dann vorzuhalten und zu finanzieren, wenn keine akuten Behandlungs- oder konkreten Unterstützungsmaßnahmen notwendig sind. Das schafft Vertrauen und ein Sicherheitsgefühl für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige, so dass der Zugang zum Versorgungssystem in einer akuten Phase erleichtert wird.



Home Treatment braucht eine gesicherte Finanzierung.

Daher

- ➔ müssen die Leistungsträger Finanzierungsverantwortung übernehmen, um die komplexen und rechtskreisübergreifenden Behandlungs- und Unterstützungsleistungen abzusichern.
- ➔ sind nicht nur die jeweiligen Einzelleistungen Bestandteile der Finanzierung, sondern müssen auch die Koordinationsleistungen einschließlich der übergreifenden Leistungs- und Unterstützungsplanung verpreislicht und finanziert werden.



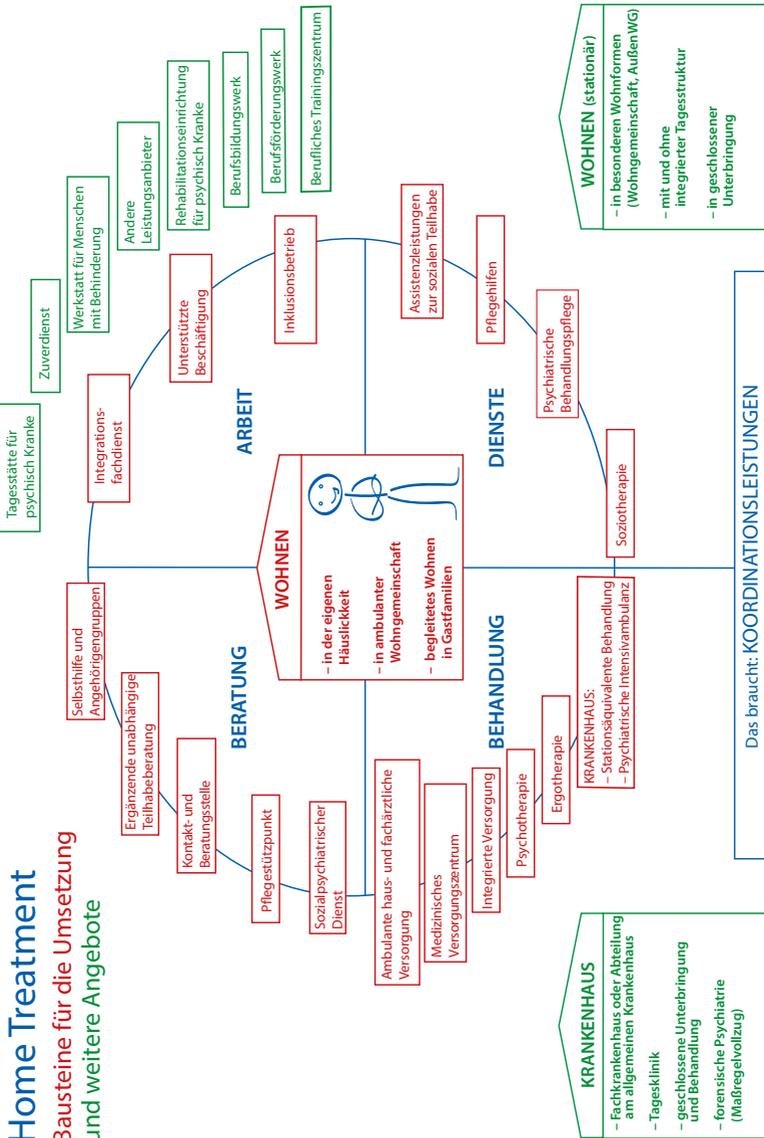
c) An den Bundesgesetzgeber

Home Treatment braucht verbindliche Regelungen.

Daher sind

- ➔ Leistungen der Integrierten Versorgung für alle Patientinnen/Patienten – unabhängig von der Kassenzugehörigkeit – als Regelleistung ins SGB V aufzunehmen und Selektivverträge als Wettbewerbselement für die Krankenkassen abzuschaffen.
- ➔ die Komplexleistung und die damit verbundene notwendige Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsleistungen als Leistungstatbestand und
- ➔ als verpflichtende Vertragsgrundlage zu den Inhalten und zur Finanzierung der Komplexleistung Home Treatment in die jeweiligen Sozialgesetzbücher (mindestens in SGB II, III, V, VI, VIII, IX, XI und XII) aufzunehmen.

10. Home Treatment – Bausteine der Umsetzung und weitere Angebote



Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über mögliche Angebote und Einrichtungen und deren Zielstellungen und Leistungen. Des Weiteren sind die grundlegenden Rechtsnormen und damit verbunden die wesentlichen Finanzierungsgrundlagen aufgeführt. Der Überblick ist nicht abschließend. Er enthält nicht die Leistungen für betroffene Familie und deren Kinder. Ein Überblick zu diesen Leistungen ist auf der Homepage des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V. zu finden (vgl. Seite 48). Zu beachten ist, dass die Länder im Rahmen von eigenen Ausführungsgesetzen die für die Durchführung des SGB IX zuständigen Träger der Eingliederungshilfe bestimmen (§ 94 Absatz 1 SGB IX).

Bausteine für die Umsetzung			
Angebot/ Einrichtung	gesetzliche Grundlagen	wesentliche Leistungsträger	wesentliche Ziele und Leistungsmerkmale
Wohnen in der eigenen Häuslichkeit - ambulant betreutes, unterstütztes Wohn- en oder - ambulante Wohnge- meinschaft	bis 31.12.2019 Eingliederungshilfe §§ 53, 54 SGB XII ----- ab 01.01.2020 Leistungen zur sozialen Teilhabe §§ 76, 77, 78, 113 SGB IX i. V. mit § 90 SGB IX	örtlicher/ überörtlicher Sozialhilfeträger ----- Träger der Einglie- derungshilfe	- selbstbestimmte, volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft - Unterstützung und Befähigung bei einer weitestgehend eigenständigen Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit - individuelle pädagogische und andere Unterstützungsbe- gleitung, z. B. bei der Alltagsbewältigung, der Gestaltung sozialer Beziehungen und der Freizeitgestaltung - Integration in Freizeit und Beruf - Begleitung und Unterstützung für Menschen mit psychischer Erkrankung und/oder Behinderung, deren Angehörige, einschl. Kinder und Information zu weiteren Leistungen - Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher Behandlung - Beschaffung und/oder Erhalt der Wohnung

Angebot/ Einrichtung	gesetzliche Grundlagen	wesentliche Leistungsträger	wesentliche Ziele und Leistungsmerkmale
Begleitetes Wohnen (Gastfamilien)	bis 31.12.2019 Eingliederungshilfe §§ 53, 54 SGB XII Zuwendung auf der Basis von Förderricht- linien der Länder ----- ab 01.01.2020 § 80 SGB IX und Leistungen zur so- zialen Teilhabe §§ 76, 77, 78, 113 SGB IX i. V. mit § 90 SGB IX	örtlicher/überört- licher Sozialhilfe- träger ----- Träger der Einglie- derungshilfe	<ul style="list-style-type: none"> - selbstbestimmte, volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft - lebensfeldzentrierte Begleitung und Unterstützung sowie soziale Integration, Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und Verhinderung von stationärer Unterbringung - Betreuung in einer Gast-Familie - Beratung, Begleitung und Unterstützung der aufneh- menden Familie
Kontakt- und Bera- tungsstellen	kommunale Daseins- vorsorge Zuwendung (abhängig von der Haushaltslage)	länderspezifische und/oder kommunale Regelungen	<ul style="list-style-type: none"> - niedrigschwellige Beratung und Information - Bewältigung von Behinderung und/oder chronischer Erkrankung - gegenseitige Unterstützung - Kontakt- und Freizeitangebote
Ambulante haus- und fachärztliche Behand- lung Medizinische Versor- gungszentren (MVZ)	Krankenbehandlung und vertragsärztliche Versorgung §§ 27 ff. SGB V § 95 SGB V	Kranken- versicherung	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankung einschließ- lich der Verordnung von Medikamenten und anderen Heilmit- teln wie ambulante psychiatrische Pflege oder Soziotherapie - Erhaltung der „Gesundheit“, Früherkennung, Heilung
Psychotherapie	Krankenbehandlung §§ 27, 28 SGB V	Kranken- versicherung	<ul style="list-style-type: none"> - gezielte Behandlung einer psychischen Erkrankung, z. B. durch psychotherapeutische Gespräche, Entspannungsver- fahren oder kognitive Methoden - Behebung bzw. zeitliche Eingrenzung der Erkrankung - Erhaltung der „Gesundheit“ - Kurzzeit- und Langzeittherapie - Einzeltherapie, Gruppentherapie oder Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie (Psychotherapie-Richtlinie)

Ergotherapie	Heilmittel § 32 SGB V	Kranken- versicherung	<ul style="list-style-type: none"> - Wiederherstellung von Alltagskompetenzen - Verbesserung und Erhalt der Selbstversorgung, Alltagsbewältigung, Belastungsfähigkeit und Ausdauer - Einzel- oder Gruppenleistung - funktionelle, handwerkliche, spielerische und gestalterische Behandlungstechniken - Beratung zur Integration im häuslichen und sozialen Umfeld
Soziotherapie	Soziotherapie § 37 a SGB V	Kranken- versicherung	<ul style="list-style-type: none"> - Einschränkung der Zielgruppe: Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung, die häufig nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen - Koordinations- und Motivierungsarbeit - Unterstützung, um erforderliche Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen - Förderung der Einsicht, Aufmerksamkeit, Eigeninitiative, sozialen Kontaktfähigkeit und Kompetenz - Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausbehandlung (Soziotherapie-Richtlinie)
Behandlungspflege, einschl. häuslicher psychiatrischer Krankenpflege	Häusliche Krankenpflege § 37 SGB V	Kranken- versicherung	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherung der ärztlichen Behandlung - Vermeidung und Verkürzung stationär psychiatrischer Aufenthalte - ambulante medizinische Leistungen, die nicht von einer Ärztin oder einem Arzt erbracht, aber von dieser/diesem verordnet werden müssen, wie Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme - Grundpflege (Körperpflege und Ernährung) und hauswirtschaftliche Versorgung (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)

Angebot/ Einrichtung	gesetzliche Grundlagen	wesentliche Leistungsträger	wesentliche Ziele und Leistungsmerkmale
Pflege (ambulant)	Pflegesach- Geld- und Kombinations- leistungen §§ 36 ff. SGB XI § 45a/b SGB XI bis 31.12.2019 Hilfe zur Pflege §§ 61ff. SGB XI ----- ab 01.01.2020 § 103 (2) SGB IX Eingliederungshilfe umfassen Hilfe zur Pflege	Pflege- versicherung Sozialhilfeträger ----- Träger der Eingliederungs- hilfe	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung bei einer möglichst selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung - Wiedergewinnung und Erhalt der körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte, auch in Form der aktivierenden Pflege - körperbezogene Pflegeleistungen - pflegerische Betreuungsleistungen - Unterstützung im Haushalt - Geld-, Dienst- oder Sachleistungen - in Form von Leistungskomplexen oder Zeiteinheiten möglich
Integrierte Versorgung (IV)	Besondere Versorgung § 140a SGB V	Kranken- versicherung (Selektivvertrag notwendig)	<ul style="list-style-type: none"> - Behebung der bestehenden Versorgungsprobleme des stark nach Sektoren und Berufsgruppen gegliederten Systems der Gesundheitsversorgung - Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung - interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgung - koordinierte Zusammenarbeit und Verknüpfung von unterschiedlichen Krankenkassenleistungen, wie z. B. fachärztliche Versorgung, Psychotherapie, Psychotherapie, Ergotherapie und ambulante psychiatrische Pflege

Stationsäquivalente Behandlung im Auftrag des Krankenhauses (StäB)	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung § 115d SGB V	Krankenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> - in medizinisch geeigneten Fällen ambulante Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld der Patientinnen/Patienten - Vermeidung oder Verkürzung stationärer Behandlung - Optimierung von Behandlungsabläufen und Gewährleistung einer Behandlungskontinuität aber auch Nachsorge und Notfallpsychiatrie - Sicherstellung durch mobile, ärztlich geleitete, multiprofessionelle Behandlungsteams
Psychiatrische Institutsambulanz am allgemeinen oder Fachkrankenhaus (PIA)	Psychiatrische Institutsambulanz § 118 ff. SGB V	Krankenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellung einer Behandlung für Patientinnen/Patienten, die von den Angeboten niedergelassener Ärztinnen und Ärzte nicht oder nicht ausreichend erreicht werden können - psychiatrische u. psychotherapeutische Diagnostik und Therapie - psychopathologische Befunderhebung, psychologische Diagnostik (Psychometrie), Psychopharmakotherapie, sozialtherapeutische einschließlich nachgehender Behandlung, Psychotherapie, Psychoedukation in indikativen Gruppen unter Einbeziehung der Angehörigen (Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen)
Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi)	länderspezifische Regelungen: Gesundheitsdienstgesetz (OGD) Psychisch-Krankenhilfegesetz (Psych-KG)	Landkreise, Kommunen Gesundheitsämter	<ul style="list-style-type: none"> - Beratung und Information - Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung - Krisenintervention und Einleitung geeigneter Maßnahmen - bei Bedarf aufsuchend tätig - ärztliche Stellungnahmen und Einschätzung der Unterstützungsbedarfe

Angebot/ Einrichtung	gesetzliche Grundlagen	wesentliche Leistungsträger	wesentliche Ziele und Leistungsmerkmale
Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)	EUTB § 32 SGB IX Förderrichtlinie (befristet bis 31.12.2022)	Bund (Zuwendung)	<ul style="list-style-type: none"> - niedrigschwellige Beratung, die bereits im Vorfeld zur Beantragung von Leistungen zur Verfügung steht - Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen als ergänzende Leistung zu den Beratungsstrukturen und zur Beratungspflicht der Rehabilitationsträger - insbesondere von Betroffenen für Betroffene (Peer-Beratung)
Pflegeberatung in Pflegestützpunkten	Beratung und Stützpunkte § 7a/b/c SGB XI	Pflegeversicherung/ Kommune	<ul style="list-style-type: none"> - unabhängige umfassende Auskunft und Beratung bei der Auswahl von Pflege- und Betreuungsleistungen - Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen - Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote
Selbsthilfe- und Angehörigengruppen	Förderung der Selbsthilfe § 20h SGB V § 45d SGB XI kommunale Daseinsvorsorge Zuwendung	Krankenversicherung Pflegeversicherung länderspezifische und/oder kommunale Regelungen (abhängig von der Haushaltssituation)	<ul style="list-style-type: none"> - Bewältigung von Behinderung und/oder chronischer Erkrankung - gegenseitige Unterstützung - Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit psychischer Erkrankung und deren Angehörige

Rechtliche Betreuung	Voraussetzung § 1896 BGB	Land/Justiz	<ul style="list-style-type: none"> - gesetzliche Vertretung zum Wohle des zu Betreuenden - Voraussetzung: Bestellung des Betreuers vom Gericht - stellvertretende Übernahme und Unterstützung bei der Entscheidungsfindung - differenzierte Aufgabenkreise, z.B. Gesundheitsvorsorge, Vermögensvorsorge, Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden, Postkontrolle, Aufenthaltsbestimmungsrecht, Wohnungsangelegenheiten
Integrationsfachdienste (IFD)	Integrationsfachdienste §§ 192ff. SGB IX	Agentur für Arbeit Integrationsamt	<ul style="list-style-type: none"> - Beratung, Information und Unterstützung für Menschen mit Behinderung und Arbeitgeber - Sicherung der Ausbildungs- und Arbeitsplätze durch qualifizierte Betreuung - Akquise von Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt - Vermittlung in Arbeit - Vorbereitung auf vorgesehene Arbeitsplätze - begleitende Betreuung am Arbeitsplatz (Vereinbarung zw. BIH und BAR)
Unterstützte Beschäftigung (UB)	Unterstützte Beschäftigung § 55 SGB IX	Agentur für Arbeit Integrationsamt	<ul style="list-style-type: none"> - Erhalt und Ermöglichung einer angemessenen, geeigneten und sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung - individuelle betriebliche Qualifizierung und Berufsbegleitung

Weitere Unterstützung- und Behandlungsangebote			
Angebot/ Einrichtung	gesetzliche Grundlagen	wesentliche Leistungsträger	wesentliche Ziele und Leistungsmerkmale
bis 31.12.2019 Wohnstätte/Wohnge- meinschaft (stationär)	Eingliederungshilfe §§ 53, 54 SGB XII einschließlich der existenzsichernden Leistungen	örtlicher/ überörtlicher Sozialhilfeträger	- selbstbestimmte volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft - Unterstützung und Befähigung bei einer weitestgehend eigenständigen Lebensführung - individuelle pädagogische und andere Unterstützungsbe- gleitung, - z. B. bei der Alltagsbewältigung, der Gestaltung sozialer Beziehungen und der Freizeitgestaltung - Integration in Freizeit und Beruf - Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher Behandlung - Betreuungs-, Assistenz- und integrierte Pflegeleistungen
ab 01.01.2020 Besondere Wohnfor- men Trennung der Fach- leistungen von den existenzsichernden Leistungen	Pflege § 43a SGB XI ----- Fachleistungen zur sozialen Teilhabe §§ 76, 77, 78, 113 SGB IX i.V. mit § 90 SGB IX	Pflege- versicherung ----- Träger der Eingliederungs- hilfe Pflege- versicherung	
	Pflege § 43a SGB XI existenzsichernde Leistungen	Sozialhilfeträger (bei Bedarf)	

Tagesstruktur- und Beschäftigungsangebote (in/an der Wohnstätte)	bis 31.12.2019 §§ 53, 54 SGB XII ----- ab 01.01.2020 Leistungen zur sozialen Teilhabe §§ 76, 77, 78, 113 SGB IX und/oder § 81 SGB IX i. V. mit § 90 SGB IX	örtlicher/ überörtlicher Sozialhilfeträger ----- Träger der Eingliederungs- hilfe	- Beschäftigung - Gestaltung der Tagesstruktur - Belastungsproben und Training - Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten ----- - niedrigschwellige Beschäftigung ab 2020 (unterschiedliche länderspezifische Regelungen)
Tagesstätte für psychisch Kranke	bis 2020 §§ 53/54 SGB XII ----- ab 01.01.2020 § 81 SGB IX i. V. § 90 SGB IX	örtlicher/ überörtlicher Sozialhilfeträger ----- Träger der Eingliederungs- hilfe	- Teilhabe am Leben in der Gesellschaft - Arbeits-, Beschäftigungs- und Trainingsangebote zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit - Gestaltung der Tagesstruktur ----- - niedrigschwellige Beschäftigung ab 2020 offen
Zuverdienst	§ 11 Absatz 3 SGB XII bis 31.12.2019 §§ 53, 54 SGB XII ----- ab 01.01.2020 offen	örtlicher/ überörtlicher Sozialhilfeträger ----- Träger der Eingliederungs- hilfe	- arbeitsrehabilitatives Angebot (keine Erwerbsarbeit) - flexibles Leistungs- bzw. Beschäftigungsangebot - in Einzelfällen Erleichterung des Übergangs in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung - sinnvolle Ergänzung zu bisher bestehenden Teilhabeangeboten wie der WfbM und Tagesstätte

Angebot/ Einrichtung	gesetzliche Grundlagen	wesentliche Leistungsträger	wesentliche Ziele und Leistungsmerkmale
Berufsbildungswerk (BBW) Berufsförderungswerk (BFW) Berufliches Trainingszentrum (BTZ)	§ 51 SGB IX	Agentur für Arbeit Rentenversicherung Berufsgenossenschaft	<ul style="list-style-type: none"> - berufliche Bildung und Rehabilitation, einschließlich Praktika - individuelles Angebot zur beruflichen Orientierung, Qualifizierung und Integration - Unterstützung und Begleitung bei der beruflichen Orientierung
Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (RPK)	§ 42 SGB IX	Krankenversicherung Rentenversicherung Agentur für Arbeit Berufsgenossenschaft	<ul style="list-style-type: none"> - medizinisch-psychiatrische Therapie - Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit - berufliche Vorbereitungs- und Trainingseinheiten - Belastungsproben - soziotherapeutische Maßnahmen
Budget für Arbeit	§ 61 SGB IX	Träger der Eingliederungshilfe Integrationsamt Agentur für Arbeit Berufsgenossenschaft	<ul style="list-style-type: none"> - Teilhabe am Arbeitsleben - Lohnkostenzuschuss an den Arbeitgeber zum Ausgleich der Leistungsminderung des Beschäftigten - Aufwendungen für Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz
Inklusionsbetrieb	§ 215 ff SGB IX	Integrationsamt Agentur für Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Teilhabe am Arbeitsleben - Sicherung und Ermöglichung von Beschäftigung - Erhalt, Entwicklung, Verbesserung und Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit

Andere Leistungsanbieter	§ 60 SGB IX		<ul style="list-style-type: none"> - Alternatives Angebot zur WfbM, daher gelten eingeschränkte Vorschriften gegenüber der WfbM - Teilhabe am Arbeitsleben
Berufsbildungsbereich	§ 57 SGB IX	Agentur für Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> - berufliche Bildung
Arbeitsbereich	§ 58 SGB IX	Träger der Eingliederungshilfe	<ul style="list-style-type: none"> - Erhalt, Entwicklung, Verbesserung und Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit - Persönlichkeitsentwicklung - Beschäftigung ermöglichen
Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM)	§§ 56, 219 SGB IX		<ul style="list-style-type: none"> - Teilhabe am Arbeitsleben
Berufsbildungsbereich	§ 57 SGB IX	Agentur für Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> - berufliche Bildung
Arbeitsbereich	§ 58 SGB IX i.V. § 90 SGB IX	Träger der Eingliederungshilfe	<ul style="list-style-type: none"> - Erhalt, Entwicklung, Verbesserung und Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit - Sicherung und Ermöglichung von Beschäftigung
Einrichtungen und Gruppen, die an der Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) angegliedert sind	§ 219 Absatz 3 SGB IX i.V. § 90 SGB IX	Träger der Eingliederungshilfe	<ul style="list-style-type: none"> - für Menschen mit Behinderung, die die Voraussetzung für eine Beschäftigung in der WfbM nicht erfüllen - Betreuung und Förderung in besonderen Gruppen oder gemeinsam mit Werkstattbeschäftigten - Orientierung auf Beschäftigung, Alltagsbewältigung und Persönlichkeitsentwicklung - intensive pädagogische Betreuung sowie pflegerische und therapeutische Leistungen

Angebot/ Einrichtung	gesetzliche Grundlagen	wesentliche Leistungsträger	wesentliche Ziele und Leistungsmerkmale
Fachkrankenhaus oder psychiatrische Abteilung am allg. Krankenhaus	Krankenhausbehandlung §§ 39/107/108 SGB V	Krankenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> - stationäre und teilstationäre psychiatrische Krankenbehandlung - Erhaltung der „Gesundheit“; Früherkennung, Heilung, Hilfsmittel, Heilmittel, einschl. Krankengymnastik - ärztliche, diagnostische und therapeutische Leistungen - Entlassmanagement
Tagesklinik als Teil der Krankenhausversorgung	§ 39 SGB V	Krankenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> - ärztlich geleitete Einrichtung am Krankenhaus - Behandlung oftmals nach vollstationärem Aufenthalt - Behandlung tagsüber i.d.R. fünf Tage in der Woche
Unterbringung und ärztl. Zwangsmaßnahmen im Krankenhaus	§ 1906 BGB	Krankenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> - Verhinderung von erheblicher gesundheitlicher Selbstschädigung (einschl. Selbsttötung) - Behandlung zur Abwendung von drohenden erheblichen Gesundheitsschäden bei krankheitsbedingter Einschränkung
Unterbringung im Pflegeheim oder Wohnstätte für Menschen mit Behinderung	§ 1906 BGB	Pflegeversicherung Sozialhilfeträger Träger der Eingliederungshilfe	<ul style="list-style-type: none"> - Voraussetzung: Genehmigung durch Gericht - Unterbringung im Altenheim oder stationärem Wohnen für Menschen mit Behinderung möglich
Maßregelvollzug Forensische Psychiatrie	§§ 63, 64 StGB §§ 81, 126a StPO	Land/Justiz	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherung und Resozialisierung - Unterbringung, Behandlung und Therapie wegen Selbst- oder Fremdgefährdung aufgrund psychischer Erkrankung - Voraussetzung: gerichtliche Genehmigung

11. Weiterführende Informationen und Links

- ➔ **Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen**
https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/
- ➔ **Schwerpunkt: Bundesteilhabegesetz**
<https://www.der-paritaetische.de/schwerpunkte/bundesteilhabegesetz/>
- ➔ **Modellvorhaben § 11 SGB IX**
<https://www.der-paritaetische.de/schwerpunkte/bundesteilhabegesetz/arbeitsleben/rehapro/>
- ➔ **Budget für Arbeit**
<http://www.der-paritaetische.de/schwerpunkte/bundesteilhabegesetz/arbeitsleben/budget-fuer-arbeit/>
- ➔ **Komplexleistung Frühförderung**
<https://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Inklusion/Fragen-und-Antworten/was-ist-die-komplexleistung-fruehfoerderung.html>
- ➔ **Persönliches Budget**
http://www.einfach-teilhabe.de/DE/StdS/Finanz_Leistungen/Pers_Budget/pers_budget_node.html
- ➔ **Gutachten Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung 2018,**
<https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606>
- ➔ **Integrierte Versorgung – mehr als die Summe aller Teile, Der Paritätische Gesamtverband**
<https://www.der-paritaetische.de/publikationen/gesundheits-teilhabe-und-pflege/integrierte-versorgung-mehr-als-die-summe-aller-teile/>
- ➔ **Home Treatment in Deutschland, Gemeinsame Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und Dachverband Gemeindepsychiatrie**
https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/Stellungnahme_Hometreatment_der_DGSP_und_DVGP.pdf
<https://www.dvgp.org/themen-engagement/ambulante-netzwerke/stellungnahme-home-treatment.html>
- ➔ **S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Überarbeitung 2018, in Druck. Link zur Vorgängerversion:**
https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/624d163d1df61ca1e079a5ca496f6b6595e83d6b/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf

- ➔ **Gemeinsames Eckpunktepapier zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB)**
<https://www.der-paritaetische.de/fachinfos/detailseite/deutsche-gesellschaft-fuer-psychiatrie-und-psychotherapie-psychosomatik-und-nervenheilkunde-dgppn/>
- ➔ **Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (GKV und DKG)**
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/2017_08_01_KH_Vereinbarung_Staeb_115_d_Abs_2_SGB_V_Unterschriftenfassung.pdf
- ➔ **Vereinbarung zur Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (GKV und DKG)**
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_Vereinbarung_Leistungsbeschreibung_stationsaequiv.psych_Behandlung_31.03.2017.pdf
- ➔ **Umsetzungshinweise zur Vereinbarung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung der DKG**
http://www.dkgev.de/media/file/70211_Anlage_2_Umsetzungshinweise_stationsaequivalente_Behandlung.pdf
- ➔ Der **Offene Dialog** (engl. „open dialogue“) ist vor allem in Finnland aus der bedürfnisangepassten Behandlung zur Therapie von psychotischen Erkrankungen entstanden und beschreibt in spezieller Weise, wie in schweren Krisen durch den Einbezug des persönlichen Netzwerkes hilfreich und unterstützend miteinander umgegangen werden kann.
<http://www.offener-dialog.de/>
- ➔ **„Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern“** – Projekte und Finanzierungshandbuch, Dachverband Gemeindepsychiatrie
https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/Finanzierungshandbuch_Kinderprojekte_2011.pdf
- ➔ Die **BAG Gemeindepsychiatrischer Verbände** verfolgt das Ziel, durch gemeindepsychiatrische Verbände für eine kontinuierliche qualitative Weiterentwicklung und Verbesserung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten gemeindeintegrierten und personenzentrierten Versorgung für Menschen mit psychischen Störungen und/oder einer psychischen Behinderung zu sorgen.
<http://www.bag-gpv.de/startseite/>
- ➔ Der **Dachverband Gemeindepsychiatrie** vertritt deutschlandweit die Interessen der Träger gemeindepsychiatrischer Hilfen. Er setzt sich für eine inklusive und

vorrangig ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen ein, die die Bedürfnisse der Betroffenen in den Mittelpunkt stellt und ihnen Teilhabechancen in der Gemeinschaft eröffnet. Gemeindepsychiatrische Anbieter sorgen im Netzwerk mit Therapeuten, Ärzten, Betreuern, Angehörigen und ehrenamtlich Engagierten dafür, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen wohnortnahe und niedrigschwellige medizinische, therapeutische und rehabilitative Hilfen erhalten.
www.dvvgp.org

➔ Die **Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)** ist ein unabhängiger Fachverband, der sich für eine menschenrechtsbasierte psychiatrische Behandlung und Versorgung und bessere Lebensbedingungen für psychisch erkrankte Menschen einsetzt. Ihre Mitglieder sind psychiatrisch Tätige aller Berufsgruppen, Psychiatrieerfahrene und deren Angehörige sowie Träger sozialpsychiatrischer Angebote.
<https://www.dgsp-ev.de/startseite.html>

➔ Der **Paritätische Wohlfahrtsverband** ist einer der sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Deutschland. Er ist Dachverband von über 10.000 eigenständigen Organisationen, Einrichtungen und Gruppierungen im Sozial- und Gesundheitsbereich. Er repräsentiert

und fördert seine Mitgliedsorganisationen in ihrer fachlichen Zielsetzung und ihren rechtlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Belangen.
<https://www.der-paritaetische.de/>

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.
Oranienburger Str. 13-14
10178 Berlin
Tel.: 030 24636-0
Fax: 030 24636-110
E-Mail: info@paritaet.org
www.paritaet.org

Inhaltlich Verantwortlicher gemäß Presserecht:

Dr. Ulrich Schneider

Redaktion:

Jörg Adler, Der Paritätische Schleswig-Holstein
Uwe Brohl-Zubert, Der Paritätische Berlin
Nils Greve, Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
Andreas Langer, Der Paritätische Nordrhein-Westfalen
Jessica Reichstein, Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
Christian Reumschüssel-Wienert, Der Paritätische Berlin
Claudia Scheytt, Der Paritätische Gesamtverband

Redaktioneller Kontakt:

Tel.: 030 24636-319
Fax: 030 24636-150
E-Mail: behindertenhilfe@paritaet.org

Gestaltung:

Christine Maier, Der Paritätische Gesamtverband

Bilder:

shutterstock (titel), styleuneeed - Fotolia.de (S. 6), beeboys - Fotolia.de (S. 14), fotogestoeber - Fotolia.de (S. 32),

1. Auflage, September 2018



Oranienburger Str. 13-14
10178 Berlin
Tel. 030 24636-0
Fax 030 24636-110

www.paritaet.org
info@paritaet.org