



Home Treatment in Deutschland Gemeinsame Stellungnahme

Vorbemerkung

Anlass für diese Stellungnahme ist die Einführung „stationsäquivalenter Leistungen“ gemäß § 115d SGB V, die durch das PsychVVG neu in den Kanon psychiatrischer Krankenhausleistungen aufgenommen wurde. In „geeigneten Fällen“ kann die Klinik stationäre Krankenhausbehandlung durch äquivalente Behandlung in der eigenen Häuslichkeit der Patient*innen ersetzen. Das Krankenhaus kann andere Leistungserbringer*innen „mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen“.

Mit dieser Leistung öffnet sich die Psychiatrische Klinik in die Gemeinde und erweitert ihre Ansätze zur Orientierung an der Lebenswelt ihrer Patient*innen über Tagesklinik und Institutsambulanz hinaus. Dachverband Gemeindepsychiatrie und DGSP begrüßen grundsätzlich diesen Schritt, der vielen Patient*innen eine unnötige und unter Umständen traumatisierend erlebte stationäre Aufnahme und Behandlung ersparen kann.

Als Fachverbände der Sozialpsychiatrie nehmen wir die neue Gesetzesvorschrift und die derzeit laufenden Verhandlungen zwischen der DKG und den Krankenkassen über die Ausgestaltung der stationsäquivalenten Behandlung zum Anlass, ein Konzept zur weiteren Entwicklung des Home Treatment in Deutschland vorzulegen, das als Maßstab für die Qualität bestehender und zukünftiger Varianten aufsuchender Behandlung – einschließlich stationsäquivalenter Behandlung – dienen soll.

Zur Definition des Home Treatment

Der Begriff „Home Treatment“ wird in der Fachdiskussion in verschiedenen Bedeutungen verwendet, mit der Gefahr einer Verengung auf Teilaspekte. Dafür sind eher historische als fachliche Gründe verantwortlich (vgl. den folgenden Abschnitt).

Es handelt sich um „Behandlung“ im Lebensumfeld der Patient*innen, also in der Regel in ihrer privaten Umgebung und unter Einbeziehung ihres sozialen Umfeldes. Zu berücksichtigen ist, dass der Terminus „Treatment“ in der Fachliteratur umfassender gebraucht wird als der deutsche, strikt auf Leistungen des SGB V beschränkte Begriff „Behandlung“. Gemeint ist eher eine Komplexleistung, die Angebote aus den Bereichen der Behandlung, der Rehabilitation und weiterer Hilfen einschließt.

Im Folgenden verwenden wir den Begriff des Home Treatment in diesem umfassenden Sinne, in Übereinstimmung mit der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN (2013).

Wenn man psychisch kranke Menschen fragt, wo sie im Falle einer Krise sein möchten, so überwiegt die Antwort: „zu Hause bleiben mit aufsuchender Hilfe“. Dies zeigt sich beispielsweise in einer Auswertung von 37 Patientenverfügungen. Auf die Frage: „Wo möchte ich im Falle eine Krise sein?“ wünschen sich 31 Patient*innen, zu Hause zu bleiben.

Sie begründen ihren Wunsch mit folgenden Aussagen: ... „weil

- ich mich dort sicher und geborgen fühle
- es meine gewohnte Umgebung ist
- es mir da gut geht
- ich mich dort am wohlsten fühle
- ich dort meine Ruhe habe
- ich mich zurückziehen kann und nicht von vielen neuen Reizen überflutet werde
- Veränderungen eine weitere Belastung darstellen
- ich dort mein soziales Umfeld (Freunde, Partner, Familie, ...) habe
- ich dort durch ambulante Dienste gut begleitet werde
- ich so weit als möglich meinen Alltag fortsetzen kann
- ich zur Tagesstätte, zur Beschäftigungsstätte, zur Arbeitsstelle gehen kann, wenn es mir gut tut“

Bedürfnisgerechte Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

In ihren Empfehlungen 4 bis 10 formuliert die genannte Leitlinie eine evidenzbasierte Konzeption für „gemeindepyschiatrische teambasierte multiprofessionelle Behandlung“, die „wohnortnah“, „erforderlichenfalls aufsuchend“ und „im gewohnten Lebensumfeld“ erbracht werden soll. „Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden“ (Empfehlung 9). Darüber hinaus sollen diese Teams „die gemeinsame Verantwortung für die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung der Betroffenen (übernehmen), um so die Behandlungskontinuität zu sichern“ (Empfehlung 10).

Auf der Grundlage dieser Leitlinie sollen im Folgenden Grundsätze für ein bedürfnisgerechtes Home Treatment beschrieben und vorhandene Ansätze daran gemessen werden.

Grundsätze für bedürfnisgerechtes Home Treatment

Die folgenden Grundsätze sollten aus sozial- und gemeindepesychiatrischer Sicht Qualitätskriterien für aufsuchende Hilfen sein.

1. **Privatsphäre:** Die individuelle Lebensweise der Patient*innen ist zu achten. Die eigene Häuslichkeit muss ihre Bedeutung als Bezugspunkt und privater Rückzugsbereich für die Patient*innen behalten.
2. **Einbeziehung des sozialen Umfelds:** Angehörige, Kolleg*innen, Freund*innen, Vertrauenspersonen und das professionelle Unterstützungssystem sind, soweit von den Patient*innen gewünscht, einzubeziehen. Angehörige sind einerseits wichtige Ressource für ein umfassendes Verständnis zur Krankheitsentstehung sowie für Genesung und Teilhabe, andererseits benötigen sie vielfach ebenfalls Angebote der Unterstützung und Entlastung.
3. **Wunsch- und Wahlrecht:** Der/die Patient*in bestimmt, ob er/sie in der eigenen Häuslichkeit behandelt werden will, an einem Ort eigener Wahl oder ob er/sie eine Klinik bzw. eine Alternative zur Klinik aufsucht (*siehe Kasten*). Leistungen des Home Treatment können auch in Wohnheimen, betreuten Wohngruppen, Tagesstätten, Werkstätten für behinderte Menschen usw. oder am jeweiligen Aufenthaltsort wohnungsloser Personen erbracht werden.
4. **Multiprofessionelle Teams:** Soziale Arbeit, Pflege, Ergotherapie, ärztliche und psychotherapeutische Kompetenz sollen im Home-Treatment-Team vertreten sein. Darüber hinaus ist der Einbezug von Menschen mit eigenen psychiatrischen Erfahrungen, wo immer diese als professionelle Ressource zur Verfügung stehen, sehr empfehlenswert.
5. **Gemeindepesychiatrischer Verbund:** Die Leistungserbringer*innen in der Region sollen als Verbund zusammenarbeiten und ggf. Lücken im Versorgungssystem schließen
6. **Interinstitutionelle Kooperation:** Um für Patient*innen und Angehörige möglichst ganzheitliche Hilfen zu leisten, soll die Zusammenarbeit durch gemeinsame übergreifende Behandlungsplanung, Klärung von Verantwortlichkeiten und verbindliche Absprachen gesichert werden. Alle erforderlichen Hilfen sollen veranlasst und in die Koordination einbezogen werden. Die Form und die Verbindlichkeit der Vernetzung sind für die qualitativ hochwertige Umsetzung der Leistungen entscheidend.
7. **Netzwerkarbeit:** Für Netzwerkgespräche und Hilfeforen sollen Gespräche auf Augenhöhe mit allen Beteiligten angeboten werden, etwa nach dem – ursprünglich finnischen – Vorbild des Offenen Dialogs/Need Adapted Treatment (NAT).
8. **Jederzeit verfügbare bedarfsgerechte Krisenintervention:** Eine telefonische Beratung und aufsuchende Behandlung sollen rund um die Uhr an allen Tagen angeboten werden. Darüber hinaus sollen Krisenwohnungen, Rückzugsräume, Gastfamilien oder andere Formen „externer Häuslichkeiten“ als Alternative zur Klinikstation zur Verfügung stehen.
9. **Recovery und Empowerment:** Ziele des Home Treatment sollen eine Verbesserung der Lebensqualität, eine erfolgreiche selbstbestimmte Lebensgestaltung und eine barrierefreie Teilhabe an allen Lebensbereichen sein.



10. **Qualifizierung und Qualitätssicherung:** Dazu gehören verbindliche Standards der Struktur- und Prozessqualität ebenso wie einrichtungsübergreifende gemeinsame Fortbildungen, Super- und Intervention.
11. **Übergänge:** Aufnahme und Entlassung aus stationärer, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung sollen gemeinsam gestaltet werden (Entlassungsmanagement).

Zur Einordnung der „stationsäquivalenten Behandlung“

Einige psychiatrische Fachkliniken – in Frankfurt am Main, Krefeld, Günzburg u. a. – sind vor mehr als zwanzig Jahren mit lokalen Modellen eines „*stationsersetzenden Home Treatment*“ hervorgetreten. In dieser Variante bezeichnet Home Treatment

- eine Krankenhausleistung
- mit Begrenzung der Indikation auf die Ersetzung stationärer (oder auch teilstationärer) Krankenhausbehandlung
- und zusätzlich auf einen relativ kurzen Zeitraum, in der Regel einige Wochen.

Insofern handelt es sich um einen unmittelbaren Vorläufer der aktuell eingeführten stationsäquivalenten Behandlung nach §115d SGB V, bei der allerdings zumindest im Gesetzestext keine zusätzliche Zeitbegrenzung vorgesehen ist.

Einige Fachkliniken und Fachabteilungen haben sich, ausgehend vom Modell des *regionalen Gesamtbudgets für Krankenhausbehandlung* nach dem Vorbild des Klinikums Itzehoe, die Möglichkeit einer bedarfsgerecht flexiblen Krankenhausbehandlung im Rahmen von Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V eröffnet und diese in sehr unterschiedlichem Maße auch für aufsuchende Behandlung genutzt.

Auch bei dieser Variante des Home Treatment handelt es sich um eine ausschließlich von der Klinik erbrachte Behandlungsleistung, allerdings mit deutlich größerer Flexibilität bezüglich der zeitlichen und modularen Ausgestaltung.

Die neue „*stationsäquivalente Behandlung*“ gemäß § 115d SGB V lehnt sich an diese Vorbilder an. Im Unterschied zur ersten Vorläuferform ist sie insofern nicht „*stationsersetzend*“, als die Kliniken sie voraussichtlich nicht innerhalb des bisherigen Budgets erbringen müssten, sondern sie als „*Sondertatbestand*“ in die Vergütungsverhandlungen einbringen könnten.

In welchem Ausmaß Kliniken die neue Behandlung neben den vorhandenen – Station, Tagesklinik, Institutsambulanz – so bedarfsgerecht und flexibel wie in den Modellvorhaben einsetzen können, hängt von den laufenden Verhandlungen zwischen DKG und Krankenkassen ab und ist darum noch nicht abzuschätzen.

Alle drei genannten Spielarten von Home Treatment als Krankenhausleistung orientieren sich am angelsächsischen Modell der Crisis Resolution Teams. Sie ermöglichen zeitlich begrenzte Behandlungen, die für die Betroffenen mit einem Beginn und Ende der Leistungen verbunden sind. Das ist insofern nachteilig, als es jeweils mit Wechsel der Bezugspersonen und mit Beziehungsabbrüchen verbunden ist, wenn die Leistung durch separate Teams erbracht wird.

Eine Vernetzung mit vor Ort bereits vorhandenen ambulant-aufsuchenden Hilfen durch Beauftragung mit Teilen der stationsäquivalenten Behandlung wird im Gesetzestext als Kann-Bestimmung ermöglicht, allerdings durch die Vergütungslogik (anteilige Vergütung aus dem Budget) aus der Sicht der Kliniken nicht begünstigt.

Gleichwohl soll stationsäquivalente Behandlung aus fachlicher und psychiatriepolitischer Sicht im Verbund mit allen regionalen Leistungserbringern erbracht werden, um Beziehungsabbrüche möglichst zu vermeiden.

Im Einzelfall sind in das Netzwerk auch stationäre und teilstationäre Einrichtungen einzubeziehen. Eine Verdoppelung von Versorgungsstrukturen mit einem Nebeneinander von Behandlung, Eingliederungshilfe und Pflege darf es im Interesse der Patient*innen nicht geben.

Zum Stellenwert von Verträgen der Integrierten Versorgung

Auch einige Modelle der Integrierten Versorgung (IV) gemäß § 140a SGB V eröffnen Wege zum Home Treatment. Zu nennen sind hier vor allem Verträge nach dem Vorbild des „*Netzwerks psychische Gesundheit*“ (NWpG), das zwischen der Techniker Krankenkasse und Mitgliedsorganisationen des Dachverbands Gemeindepshychiatrie entwickelt wurde und mit bis zu 10.000 Teilnehmer*innen der bisher größte IV-Vertrag im Bereich der Psychiatrie ist. Regionale gemeindepshychiatrische Leistungserbringer*innen haben ihn – und einige weitere Verträge, u. a. „*Seelische Gesundheit leben*“ (SeGel) mit mehreren Betriebskrankenkassen – genutzt, um in mehr als 70 Regionen modellhaft multiprofessionelle Teams aufzubauen, die in etwa dem britischen Vorbild der Community Mental Health Teams entsprechen, sich konzeptuell teilweise aber auch am skandinavischen Vorbild der Bedürfnisangepassten Behandlung (Need Adapted Treatment – NAT) und des Offenen Dialogs orientieren.

Diese Modelle sind allerdings in mehrfacher Hinsicht selektiv: Sie sind auf Versicherte der teilnehmenden Kassen und auf deren regionale Vertragspartner*innen begrenzt, und wegen des bei IV-Verträgen vorgeschriebenen, hochschwelligeren Einschreibverfahrens werden gerade Menschen mit schweren Erkrankungen nur teilweise erreicht. Wegen der geringen Teilnehmer*innenzahl in den einzelnen Regionen sind die Verträge aktuell noch nicht versorgungsrelevant.

Außerdem sind Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen nur zum Teil in die NWpG-Teams integriert. Immerhin gelingt die Zusammenarbeit mit behandelnden Fachärzt*innen aber in der Regel gut. Auch einige psychiatrische Kliniken nehmen bereits neben den gemeindepshychiatrischen Anbieter*innen an der Umsetzung teil. Da letztere meist im Bereich der Eingliederungshilfe und Rehabilitation tätig sind, können sie diese Angebote in der Regel leicht mit der IV-Behandlung vernetzen.

Insgesamt zeigen NWpG u. a. modellhaft, wie Community Mental Health Teams unter deutschen Rahmenbedingungen arbeiten könnten; mit der dreistufigen 24/7-Krisenintervention arbeiten sie für die teilnehmenden Versicherten auch als Crisis Resolution Teams.

Zu wünschen wäre aber eine Fortsetzung dieses Ansatzes in Form von Modellvorhaben (§ 64b SGB V), um in ausgewählten Regionen in die Nähe eines flächendeckenden Angebots für alle Betroffenen zu kommen.

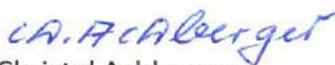
Als *weitere Verträge der Integrierten Versorgung* sind das Modell für Menschen mit Psychosen des Universitätsklinikums Eppendorf in Hamburg mit der Einbeziehung aller Leistungserbringer*innen des SGB V für eine allerdings sehr spezielle Zielgruppe sowie mehrere Fachärzt*innen-Netzwerke zu nennen, die vorwiegend Pflegedienste, in Berlin (PIBB) aber auch ein wesentlich breiteres Spektrum von Leistungserbringern*innen in ihre IV-Verträge einbeziehen.

Ausblick

Keiner der beschriebenen Ansätze kann den Anspruch erheben, eine bedarfsdeckende Versorgung mit Home Treatment leisten zu können, weder aktuell noch in Zukunft, weder regional noch viel weniger flächendeckend für alle Regionen in Deutschland. Angesichts der heterogenen Versorgungsstrukturen, die in Teilen des Bundesgebiets von gemeindenahen Versorgungskliniken oder -Fachabteilungen, in anderen von Anbieter*innen des KV-Systems und in ebenfalls sehr unterschiedlichem Maß von leistungsfähigen gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer*innen geprägt sind, muss man vielmehr davon ausgehen, dass alle genannten Modelle als eine Art Grundlage oder Vorreiter benötigt werden, um ein Angebot analog den britischen Vorbildern mit Community Mental Health Teams, Assertive Community Treatment und ambulant-aufsuchender Krisenintervention (Crisis Resolution Teams) überall im Land aufzubauen. Hierfür werden Gemeindepsychiatrische Verbünde mit verbindlich kooperierenden Leistungserbringer*innen benötigt.

Gesetz- und Verordnungsgeber*innen auf Bund- und Länderebene sowie die Organe der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sind darum aufgerufen, entsprechende Steuerungsanreize zu setzen und umfassende Verbundkooperationen zu fördern. Alle Tendenzen zu regionalen Separatstrukturen und „marktwirtschaftlichen“ Konkurrenzen sollten dagegen der Vergangenheit angehören.

Köln, im Juli 2017


Christel Achberger
Vorsitzende
DGSP
Geschäftsstelle
Zeltinger Straße 9
50969 Köln


Nils Greve
Vorsitzender
Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
Richartzstr. 12
50667 Köln