



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 „gemeindepsychiatrische 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 gemeindepshychiatrischer 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. **Gemeindepshychiatrischer 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 Hilfeforenzen 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.