

10. **Qualifizierung und Qualitätssicherung:** Dazu gehören verbindliche Standards der Struktur- und Prozessqualität ebenso wie einrichtungsübergreifende gemeinsame Fortbildungen, Super- und Intervision.
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 Gemeindepsychiatrie entwickelt wurde und mit bis zu 10.000 Teilnehmer\*innen der bisher größte IV-Vertrag im Bereich der Psychiatrie ist. Regionale gemeindepsychiatrische 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 gemeindepsychiatrischen 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