

KLEINES GLOSSAR

rund um Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit HOME TREATMENT

(Thomas Bock, Rainer Höflacher, 23.8.2018)

► Stationsäquivalente Akutbehandlung zuhause

(StäB): Gesetzliche Regelung in Psych VVG, wonach psychiatrische Kliniken/Abteilungen mit regionalem Versorgungsauftrag Akutbehandlung auch zuhause anbieten dürfen und sollen. Die StäB-Leistung gilt nur für die Dauer der stationären Indikation. Das ist einerseits eine klare Einschränkung, andererseits ein Auftrag von Anfang an mit Institutsambulanzen (SGB V) und Ambulanter Sozialpsychiatrie (SGB XII) zusammenzuarbeiten. Die StäB-Leistung gilt auch für Bewohner von Wohneinrichtungen (für alte Menschen, Jugendliche u.a.) sowie für Obdachlose. – Die Finanzierung erfolgt im Grundsatz per Pflegesatz (minus Hotel-, plus Fahrtkosten). Das Angebot muss tägliche Kontakte garantieren, die aber nicht ausschließlich vor Ort sein müssen. Ein multiprofessionelles Team inkl. Peer-Begleitung ist Pflicht. – Die Regelung soll die Lücke schließen zwischen einer bisher ausschließlich stationären Komplexbehandlung und einer bisher sehr bescheiden ausgestatteten ambulanten Behandlung. Da die StäB-Leistung auf die Dauer der stationären Indikation beschränkt ist, erfordert sie eine Kooperation mit der Psychiatrischen Institutsambulanz, um Kontinuität zu gewährleisten. Eine Aufgaben- und Kostenteilung mit außerklinischen Anbietern ist ausdrücklich erlaubt und erwünscht. – Vorrangiges Ziel sind die schwer erkrankten Patienten, die bisher Psychiatrie meiden, weil sie schlechte Erfahrungen haben bzw. befürchten und ansonsten oft nur per Zwang behandelt werden. Notwendig ist eine Erweiterung des Krankheitsverständnisses und der Beziehungskultur. Viele Patienten sagen mit Recht: Wenn die Psychiatrie zu mir nach Hause kommt, muss es eine andere sein, als die ich von der Akutstation kenne.

► **Home Treatment (HT)** ist ein Oberbegriff für unterschiedliche Formen der aufsuchenden Behandlung – im Unterschied zur StäB ohne Einschränkung von Zeit und Indikation. Sie hat in diversen Leitlinien (Für Schizophrenie, Bipolare Störung und diagnoseübergreifend für Psychosoziale Therapien) hohe Evidenzen. Die Ergebnisse beruhen eher auf ausländischen (angelsächsischen, australischen) Erfahrungen. Das deutsche Versorgungs- und Finanzierungssystem ist immer noch zu sehr auf große stationäre Einrichtungen fixiert. StäB (s.o.) kann als Kompromiss angesehen werden.

► **Integrierte Versorgung (IV)** wird per Separatvertrag mit einzelnen Kassen vereinbart, ist also bisher nicht Teil der Regelversorgung. Es gibt IV-Verträge mit Kliniken (Beispiel Hamburg) und mit Anbietern der ambulanten Sozialpsychiatrie (ASP) / der Eingliederungshilfe. Besonderheit der Verträge ist meist eine Änderung der Finanzierung z.B. von Pflegesätzen zu Jahrespauschalen, sodass nicht mehr die stationäre Unterbringung, sondern die ambulante Komplexversorgung inkl. aufsuchender Intervention (Home Treatment) und damit die Behandlungskontinuität belohnt wird. – Der Hamburger IV-Klinik-Vertrag von DAK, AOK u.a. sowie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) hat sehr gute Outcome-Ergebnisse und beweist, dass mit denselben finanziellen Mitteln eine deutliche Verbesserung der Versorgung erreicht werden kann (Reduktion von Liegezeit und Zwangserfahrung, Verbesserung von Behandlungskontinuität und -flexibilität), wenn die Finanzierungsstruktur den Bedürfnissen angepasst wird. – Der außerklinische IV-Vertrag der Techniker Krankenkasse u.a. erreicht aufgrund der deutlich bescheideneren Ausstattung und einiger Nachteile für die Anbieter schwerer erkrankte Menschen eher weniger gut. Positiv sind die Erfahrungen mit den sogenannten „Krisenbetten“, ein geschützter Raum außerhalb der eigenen Wohnung und unabhängig von der Klinik. – Spannend wäre eine Mischform beider Verträge mit Kliniken und außerklinischen Anbietern.

► **Ein Regionales Psychriatriebudget** (Modellprojekt nach §64b SGB V) wird meist zwischen einem Kassenverbund und einer Klinik geschlossen – oft unter Beteiligung der Landes- oder Kommunalpolitik. Ziel ist ähnlich wie bei den IV-Verträgen eine Abkehr von falschen Belohnungsmechanismen, die in der Krankenhausfinanzierung oft ausschließlich auf Bettenbelegung statt auf die Patientenbedürfnisse setzen. Im Unterschied zu den Jahrespauschalen für einzelne Patienten oder Patientengruppen gilt das regionale Budget für eine ganze Klinik; d.h. der Etat wird von der Belegungsquote weitgehend entkoppelt, sodass die Klinik von einer „Bettenburg“ zu einem modernen regionalen Behandlungszentrum werden kann. – Einige Budgets wurden als Modellprojekt nach §64b SGB V beschlossen, das i.R. der Diskussion um das sog. PEPP-gesetz zustande kam, andere wurden von der Politik initiiert (z.B. in Schleswig-Holstein zur Zeit der rot-grünen Regierung). – Viele Budgets kamen/kommen eher im ländlichen Raum zustande, wo die Sektoren eindeutig zuzuordnen sind, während die Jahrespauschale des Hamburger IV-Vertrages (s.o.) auch im großstädtischen Raum funktioniert. Die Intention beider Verträge ist ähnlich: mehr Flexibilität und Kontinuität, mehr Versorgungsgerechtigkeit für Schwerkranke. Eine wirklich erfolgreiche Umsetzung dieses Modells setzt Engagement der Klinikleitung und Klinikmitarbeiter voraus.

► **Assertive Community Treatment (ACT)** betont begrifflich im Unterschied zu Home Treatment auch die gesellschaftliche und soziale Dimension der Entstehung und Behandlung (schwerer) psychischer Störungen. Die Interventionen beziehen den sozialen Raum mit ein, sollen den Sozialraum stärken und nicht beschädigen. In Deutschland ist die Unterscheidung von Home Treatment nicht sehr trennscharf.

► **Sozialpsychiatrische Dienste** sind meist behördlich, manchmal gemeinnützig (z.B. Baden-Württemberg) organisierte Institutionen, die inzwischen meist vor allem hoheitliche Funktionen wahrnehmen (Gutachten, Einweisungen). Ihre präventive und integrative Aufga-

be/Leistung hat vielerorts unter Einsparungen sehr abgenommen und gelitten. Formal haben sie wg. des sog. Sicherstellungsauftrags der niedergelassenen Ärzte (der vielfach nur auf dem Papier steht) meist keine Behandlungsberechtigung i.e.S., es sei denn es gibt kreative Kooperationsformen z.B. (in Bremen) mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) der Kliniken.

► **Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)** nach (§ 118 SGB 5) sind Einrichtungen von psychiatrischen Abteilungen und Kliniken mit regionalem Versorgungsauftrag für die Patienten, die nach Art und Schwere der Erkrankung bei niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten nicht ausreichend versorgt sind. PIAs müssen multiprofessionell, niedrigschwellig und flexibel nach Zeit, Ort und Setting sein. Durch die Versorgungs-Defizite mancher Regionen (kaum noch Praxen) und den ökonomischen Druck mancher Träger haben manche PIAs diese Aufgabenstellung unzulässig verändert. Bei den neuen Veränderungen und Versorgungsformen (insbes. bei IV-Verträgen, regionalen Budgets und StäB-Leistungen sollten sie unbedingt einbezogen werden, z.B. um langfristige Kontinuität zu garantieren. In unterversorgten Regionen ist die Gefahr groß, dass sich die Institutsambulanzen auf die Klientel der (fehlenden) niedergelassenen Ärzte beschränken und die anderen Patienten, die komplexere Hilfen brauchen, unversorgt bleiben.

► **Krisendienste** kommen meist auf trialogische Initiative (von Mitarbeitern und engagierten Patienten/Angehörigen) auf kommunaler Ebene zustande und werden von Mitarbeitern psychosozialer/psychiatrischer Einrichtungen auf Honorarbasis getragen und von Kommunen oder Landkreisen finanziert. Eine Beteiligung der Kassen wäre sinnvoll und wünschenswert. Dieser wichtige Bereich ist psychiatriepolitisch und finanztechnisch am wenigsten geregelt. Hier ist dringender Handlungsbedarf. Ein erfolgreiches Modell gibt es z.B. in Berlin. Krisendienste stellen eine notwendige Ergänzung der Nachtdienste der Kliniken dar.