



Versorgungsnetze für Menschen mit psychischen Störungen

Nils Greve, Paul Bomke, Elisabeth Kurzewitsch und Thomas Becker

Inhaltsverzeichnis

- 9.1 Einleitung – 151**
- 9.2 Anforderungen an die regionale Struktur des Versorgungssystems – 151**
 - 9.2.1 Vorgaben der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ – 151
 - 9.2.2 Behandlung im „gewohnten Lebensumfeld“ – 152
 - 9.2.3 Versorgungsregion – 152
 - 9.2.4 Jederzeitige Verfügbarkeit (Krankenhäuser, Krisendienste, nicht-psychiatrische Dienste) – 152
 - 9.2.5 Von der Versorgungskette zum Gemeindepsychiatrischen Verbund – 153
 - 9.2.6 Funktionales Basismodell (Steinhart und Wienberg) – 153
- 9.3 Vorhandenes Versorgungssystem – 154**
 - 9.3.1 Aufteilung in drei Subsysteme und viele einzelne Institutionen – 154
 - 9.3.2 Krankenhausversorgung – 156
 - 9.3.3 KV-Bereich – 157
 - 9.3.4 Sonstige ambulante Leistungserbringer im SGB V – 158
 - 9.3.5 Leistungserbringer der übrigen SGB-Bereiche – 159
 - 9.3.6 Gemeindepsychiatrische Verbundversorgung – 160
 - 9.3.7 Krisenversorgung – 161
 - 9.3.8 Zusammenfassung – 162

9.4 Ansätze zum Brückenbau: Selektivverträge und Modellvorhaben – 163

- 9.4.1 Regionales Klinikbudget – 163
- 9.4.2 Projekt RECOVER, Hamburg – 164
- 9.4.3 Selektivverträge der PIBB – 164
- 9.4.4 NPPV-Projekt der KV Nordrhein – 164
- 9.4.5 IV-Verträge der Gemeindepsychiatrie (NWpG & Co.) – 165
- 9.4.6 GBV-Projekt – 165
- 9.4.7 Zusammenfassung – 166

9.5 Zukunftsanforderungen – 166

- 9.5.1 Funktionale Zulassung zur Leistungserbringung – 166
- 9.5.2 SGB-übergreifende Komplexleistungen – 166
- 9.5.3 Ertüchtigung der regionalen ambulanten Versorgung – 167
- 9.5.4 Budgetfinanzierungen – 168

9.6 Resümee – 168

Literatur – 169

■ Zusammenfassung

Der Beitrag geht von den Erfordernissen einer leitliniengerechten Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen aus. Aus der Gegenüberstellung dieser idealtypischen, auf regionalen Netzwerken gründenden Versorgung mit den derzeitigen Versorgungsstrukturen und bereits bestehenden Ansätzen leitet er nächste Schritte zur Transformation der gegenwärtigen Strukturen ab.

This paper focuses on the need for guideline-based care for people with serious mental illness. By contrasting this ideal care based on regional networks with the current care structures and existing approaches, the paper derives the next steps for a transformation of the current care structures.

9.1 Einleitung

Die nachfolgende Darstellung bezieht sich schwerpunktmäßig auf die Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie. Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Versorgung psychosomatischer Erkrankungen und anderer spezieller Störungsbilder bleiben aus Platzgründen unberücksichtigt.

Die aktuell stark diskutierten paradigmatischen Auseinandersetzungen zwischen traditionellen Behandlungskonzepten und den neueren Ansätzen „Recovery“ und „Empowerment“ sowie daraus abgeleiteten zusätzlichen Behandlungselementen wie Peer-Beratung können hier ebenfalls nicht aufgegriffen werden (vgl. u. a. Greve und Hummelsheim 2015). Substanzielle Fortschritte in der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind aber am ehesten dann zu erwarten, wenn es gelingt, die nachfolgend dargestellten Weiterentwicklungen der Versorgungsstrukturen mit einer parallelen Weiterentwicklung der Paradigmata psychiatrischer Therapie und Rehabilitation zu verbinden.

Im Interesse einer zusammenhängenden Darstellung bei begrenztem Umfang wer-

den verfügbare Evidenzen nicht überall dargelegt. Wir verweisen hierzu insbesondere auf die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2018), das Psychiatrie-Kapitel des Gutachtens des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Lage im Gesundheitswesen (SVR 2018) und die Übersicht von Becker et al. (2008).

9.2 Anforderungen an die regionale Struktur des Versorgungssystems

9.2.1 Vorgaben der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“

Neben diversen diagnosespezifischen Leitlinien, etwa zu Schizophrenie, bipolaren Störungen oder Angsterkrankungen, hat die DGPPN als zuständige Fachgesellschaft der AWMF erstmals 2013 eine die Diagnosen übergreifende S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ herausgegeben, die mittlerweile in einer aktualisierten Fassung vorliegt (DGPPN 2018). Im Kapitel „Systeminterventionen“ dieser Leitlinie werden evidenzbasierte Vorschläge zur „multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Behandlung“ vorgelegt, die als Blaupause für ein optimal strukturiertes Versorgungssystem gelten können (Empfehlungen 10 bis 14, a. a. O. S. 38f und 96 ff).

In allen Versorgungsregionen soll demnach „eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung“ zur Verfügung stehen. Das regionale Team soll „Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen in ihrem gewohnten Lebensumfeld“ behandeln können, aber darüber hinaus auch über längere Zeiträume aufsuchend zur Verfügung stehen. „Wesentliche Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams soll neben der bedarfsorientierten und flexiblen Behandlung

die gemeinsame Verantwortung sowohl für die gesundheitliche als auch die psychosoziale Versorgung der Betroffenen sein und so die Behandlungskontinuität sichern.“ Die für die Struktur des Versorgungssystems relevanten Aspekte dieser Empfehlungen werden in den folgenden Abschnitten näher behandelt.

9.2.2 Behandlung im „gewohnten Lebensumfeld“

So weit wie möglich sollen alle therapeutischen, rehabilitativen und unterstützenden Angebote dort stattfinden, wo die Betroffenen leben – einer ambulanten und bei Bedarf auch aufsuchenden Versorgung ist der Vorzug zu geben vor einer Herausnahme aus den gewohnten räumlichen und sozialen Bezügen, wie sie mit einer Krankenhausbehandlung, aber auch mit stationären Rehabilitationsmaßnahmen und mit Heimunterbringungen verbunden ist.

Vorteile ambulanter und ggf. aufsuchender Hilfen sind

- der Erhalt der gewohnten sozialen Beziehungen, insbesondere zu Angehörigen und Mitbewohnern oder weiteren Vertrauenspersonen;
- die Möglichkeit der Einbeziehung des sozialen Umfelds in die Behandlung, einschließlich der Bearbeitung etwaiger Konflikte;
- die Vermeidung von Belastungen und Traumatisierungen, die mit – insbesondere unfreiwilligen – Einweisungen in Einrichtungen verbunden sein können;
- die größere Wirklichkeitsnähe der gesamten Diagnostik und Behandlung;
- die Vermeidung von Transferverlusten bei der Übertragung therapeutischer Erfolge von der Einrichtung in die private Umgebung.

Stationäre Maßnahmen sollen darum auf Situationen beschränkt bleiben, in denen die Herausnahme aus dem gewohnten Lebensum-

feld bei akuten psychischen Krisen erforderlich ist, etwa zur Abwendung akuter Eigen- oder Fremdgefährdung, bei überwachungsbedürftigen gesundheitlichen Risiken aufgrund somatischer Begleiterkrankungen, bei aktuell schwierigen Lebensumständen oder Zuspitzung der Symptomatik.

9.2.3 Versorgungsregion

Nicht nur die mobilen multiprofessionellen Teams, sondern alle Angebote sollen sich auf definierte Versorgungsregionen beziehen, in der Regel kommunale Gebietskörperschaften oder Bezirke großer Städte, um alle Hilfen optimal miteinander vernetzen zu können. Idealtypisch soll niemand wegen speziellen oder besonders großen Hilfebedarfs seine regionalen und sozialen Bezüge verlassen müssen.

Dieser Regionalbezug ist auch typisch für psychiatrische Krankenhauseinrichtungen (vgl. ► Abschn. 9.3.2).

9.2.4 Jederzeitige Verfügbarkeit (Krankenhäuser, Krisendienste, nicht-psychiatrische Dienste)

„Akute Krankheitsphasen“ (Empfehlung 10 der Leitlinie) können sich zu jeder Tages- oder Nachtzeit so weit zuspitzen, dass ein sofortiges Eingreifen durch fachlich geschulte Kräfte nötig ist. Eine solche Situation ist häufig nicht so klar vorhersehbar, dass sie rechtzeitig abgefangen werden könnte; außerdem fehlt in akuten Krisensituationen teilweise die nötige Eigenmotivation zum Aufsuchen geeigneter Hilfen. Eine *Erreichbarkeit rund um die Uhr (24/7)* gehört darum zur Grundausstattung regionaler psychiatrischer Versorgungssysteme für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.

Soweit es sich um Notfallsituationen mit der Notwendigkeit einer Gefahrenabwehr han-

delt, stehen Dienste zu ihrer Bewältigung flächendeckend zur Verfügung (Krankenhausbereich und Ordnungsdienste einschließlich Polizei). Für Krisen mit akutem Handlungsbedarf, aber ohne akute Eigen- oder Fremdgefährdung fehlt es allerdings in den meisten Regionen Deutschlands an Strukturen der ambulanten psychiatrischen Krisenhilfe, die rund um die Uhr besetzt sind (vgl. unten ► Abschn. 9.3.7).

9.2.5 Von der Versorgungskette zum Gemeindepsychiatrischen Verbund

Seit den Anfängen der Psychiatriereform in den 1970er Jahren wird allgemein die Notwendigkeit einer Zusammenführung der einzelnen Leistungsbausteine zu ganzheitlichen, aufeinander abgestimmten Hilfen gesehen. Die Psychiatrie-Enquête (Deutscher Bundestag 1975) ging zunächst vom Modell einer kettenförmigen Aneinanderreihung gestufter Hilfen aus, die von den Patienten je nach momentanen Erfordernissen durchlaufen werden sollten. Beispiele für solche Ketten wären die Abfolge von stationärer über teilstationäre zu ambulanter Behandlung oder die Kette Klinik – Wohnheim – Wohngemeinschaft – selbständiges Wohnen. Solche Kettenlösungen sind allerdings damit verbunden, dass die Patienten bei jeder Änderung mit neuen Bezugspersonen sowie neuen räumlichen und sozialen Umgebungen konfrontiert sind. Solche Wechsel können für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen hohe oder gar nicht überwindbare Hürden darstellen.

Die Expertenkommission zum Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung formulierte deswegen in ihrem Abschlussbericht bereits 1988 das Konzept des „Gemeindepsychiatrischen Verbundes“, damals noch als einer Holding, in der alle regional verfügbaren bzw. zuständigen Leistungserbringer zusammengeschlossen werden sollten (Expertenkommission 1988; Kunze 1999). Aus der Sicht hilfsbedürftiger Menschen mit (schwe-

ren) psychischen Erkrankungen ist die Kernaufgabe des GPV eine *Anker- und Lotsenfunktion* im zersplitterten, unübersichtlichen Versorgungssystem: Eine „koordinierende Bezugsperson“ bietet zunächst eine Beratung über alle verfügbaren Hilfen und die Unterstützung bei deren Initialisierung an, sodann eine übergreifende Hilfeplanung und die Koordination aller im Einzelfall tätigen Dienste. Sie bleibt erforderlichenfalls über mehrere Jahre als primäre Anlaufstelle im System zuständig und erreichbar, auch bei Änderungen des Hilfebedarfs im Laufe der Erkrankung.

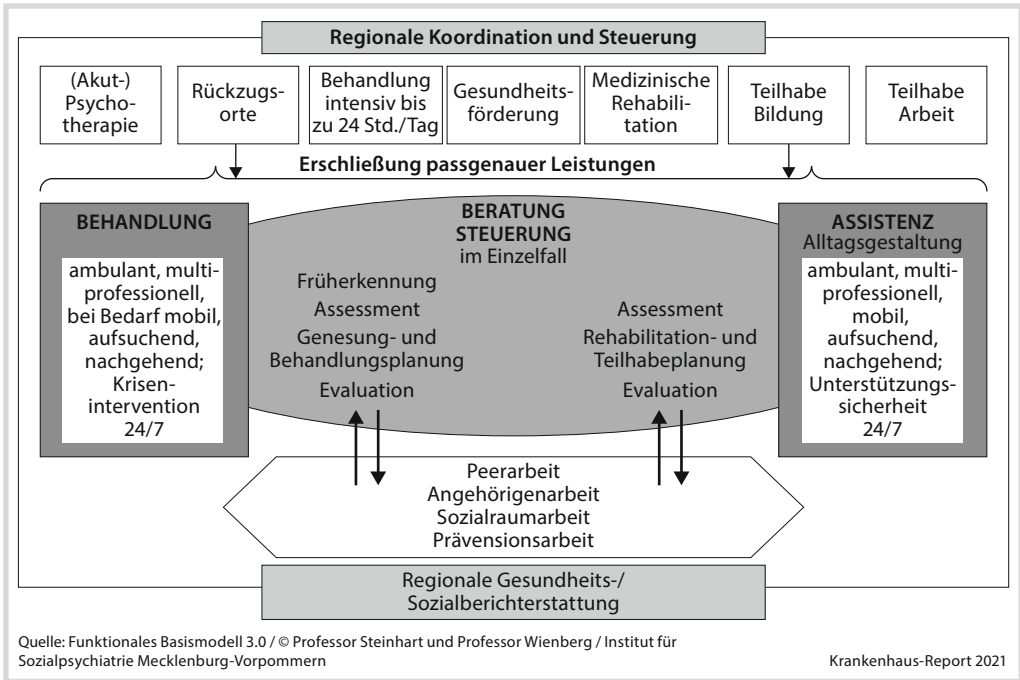
Wünschenswert sind darüber hinaus eine intensive Vernetzung aller Hilfen und ihre gemeinsame Steuerung, sodass die Betroffenen sie als „*Hilfen (wie) aus einer Hand*“ erleben.

9.2.6 Funktionales Basismodell (Steinhart und Wienberg)

Steinhart und Wienberg haben kürzlich in einem „Funktionalen Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung“ dargestellt, wie eine leitliniengerechte regionale Versorgungsstruktur aussehen sollte (Steinhart und Wienberg 2017; Wienberg und Steinhart 2020).

Im Kern ihres Modells steht das *regional tätige multiprofessionelle mobile Team (MMT)*, das für jeden einzelnen Patienten/Klienten die individuell erforderlichen Hilfen teils selbst erbringt, teils als ergänzende Angebote erschließt und als Gatekeeper und koordinierende Bezugspersonen die erforderliche Steuerung ausübt (► Abb. 9.1).

Das mehrfach überarbeitete Modell schließt alle psychiatrischen Leistungsarten ein, die für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen in Betracht kommen. Da es „Behandlung“ und „Assistenz“ als Module unabhängig von jeweiligen institutionellen Zuordnungen definiert, ist es offen dafür, aus Regionen mit ganz unterschiedlichen existierenden Versorgungsstrukturen heraus entwickelt zu werden. Einige Ansätze dazu werden im ► Abschn. 9.4 vorgestellt.



▣ **Abb. 9.1** Das Funktionale Basismodell 3.0 (nach Steinhart und Wienberg 2020)

9.3 Vorhandenes Versorgungssystem

9.3.1 Aufteilung in drei Subsysteme und viele einzelne Institutionen

Von der obigen Darstellung und der ▣ Abb. 9.1 weichen die derzeitigen Strukturen des psychiatrischen Versorgungssystems in mehrfacher Hinsicht erheblich ab.

Leistungen, von denen psychisch erkrankte Menschen profitieren, finden sich verstreut in diversen Bänden des Sozialgesetzbuchs:

- ▣ Behandlung bzw. Therapie, häusliche Akutpflege und Prävention regelt das SGB V,
- ▣ Unterstützungsleistungen (Assistenz, Eingliederungshilfe) wurden mit dem Bundes-teilhabe-gesetz vom SGB XII in das neu gefasste SGB IX übernommen,

- ▣ Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben regeln die Bände II und III des SGB,
- ▣ Langzeitpflege zu Lasten der Pflegeversicherung sind im SGB XI kodifiziert und
- ▣ Vorschriften zu Leistungen der Rehabilitation sind je nach Kostenträger über mehrere SGB-Bände aufgeteilt.

Hinzu kommen in vielen Fällen Leistungen der Jugendhilfe (Unterstützung von psychisch kranken Eltern), diverse Beratungsstellen und – nicht zuletzt – die Sozialpsychiatrischen Dienste, die in den meisten Bundesländern als Teil der öffentlichen Gesundheitsfürsorge verfasst sind.

Den getrennten Rechtsvorschriften entsprechen *getrennte Leistungsträger* und als Folge dessen auch *getrennte Leistungserbringer*, unterschiedliche Konzeptionen, getrennte Planung und Ausführung der Hilfen. Eine fallbezogene Koordination oder gar eine verbundförmige Gesamtsteuerung aller Hilfen wird dadurch stark erschwert.

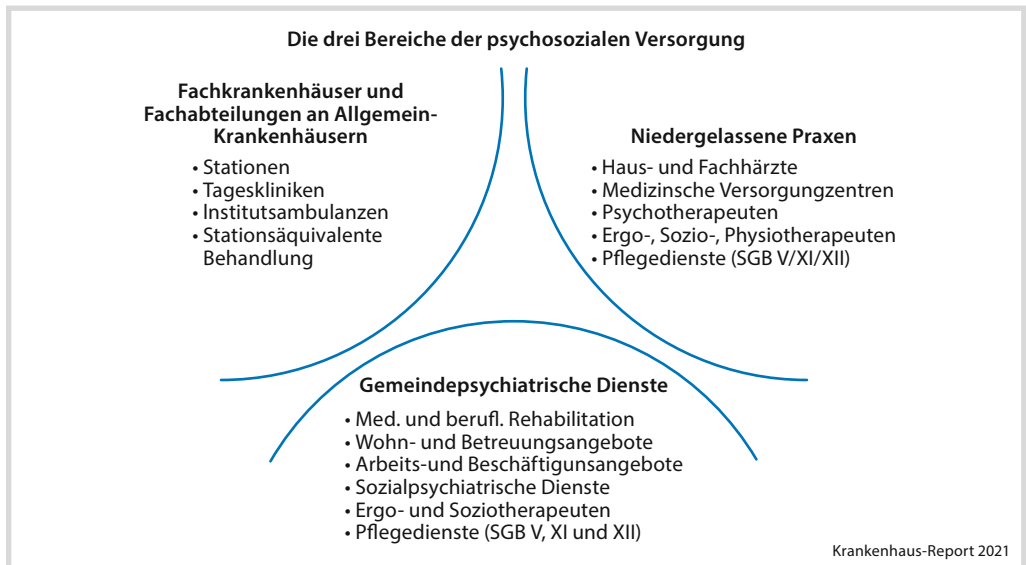
Hinzu kommt in mehreren Sozialgesetzbüchern eine Trennung zwischen stationären und ambulanten „Sektoren“: Krankenhausbereich versus KV-Bereich im SGB V, „Besondere Wohnformen“ (früher Wohnheime) versus ambulante Assistenz („Betreutes Wohnen“) im SGB IX, stationäre versus ambulante medizinische und berufliche Rehabilitation, stationäre versus ambulante Pflege. Nicht in allen Fällen gibt es bruchlose Übergänge zwischen stationären und ambulanten Versorgungsformen, häufig sind solche Übergänge mit einem Wechseln des Wohn- oder Aufenthaltsortes sowie der professionellen Bezugspersonen verbunden.

■ Abb. 9.2 zeigt schematisch die Aufteilung des psychiatrischen Hilfesystems in drei weitgehend voneinander getrennte Subsysteme.

Neben den Trägern von Fachkrankenhäusern oder von Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie dem Bereich der niedergelassenen Ärzte, Psychotherapeuten und weiteren Einzelpraxen ist in den letzten Jahrzehnten der gemeindepsychiatrische Bereich entstanden. Bei diesen früher so genannten

„komplementären“ Leistungserbringern handelt es sich in der Regel um kleine bis mittelgroße gemeinnützige Vereine, aber auch um Untergliederungen größerer Wohlfahrtsunternehmen, seltener um gewerbliche Anbieter. Sie bieten ihre Leistungen meist gezielt für eine Versorgungsregion an, also eine kommunale Gebietskörperschaft oder einen Großstadtbezirk.

Das MMT, das gemäß den Empfehlungen der S3-Leitlinie (s. o. ► Abschn. 9.2.1) und dem Funktionalen Basismodell von Steinhart und Wienberg (► Abschn. 9.2.6) den Kern der gesamten Versorgung ausmachen sollte, fehlt bisher in allen Sozialgesetzbüchern – es ist mit seinen Leistungen der Beratung, Erschließung von Hilfen und aufsuchender akuter Hilfe nirgends kodifiziert. Allenfalls Teilaspekte, wie etwa die Soziotherapie (§ 37a SGB V), die aufsuchende Akutbehandlung durch stationsäquivalente Behandlung (§ 117d SGB V) oder die trägerübergreifende Gesamtplanung im Bereich der Rehabilitations- und Unterstützungsleistungen (§ 117 SGB IX), haben mittlerweile Eingang in Gesetze gefunden, sind aber noch nicht flächendeckend umgesetzt.



■ **Abb. 9.2** Die drei Subsysteme der psychiatrischen Versorgung (nach Greve und Steinhart 2020)

9.3.2 Krankenhausversorgung

In der Verfasstheit des bundesrepublikanischen Sozialstaates werden psychiatrische Krankenhäuser als *Fachkrankenhäuser* geführt (zur Geschichte der psychiatrischen Krankenhausversorgung siehe auch Wigand und Becker 2017a,b), sie existieren als spezialisierte Krankenhäuser neben den somatischen Krankenhäusern der Grund-, Regel- und Maximalversorgung. Die Struktur der Trägerschaft entspricht der Struktur der somatischen Krankenhausträger. Seit der Psychiatrie-Enquête (Deutscher Bundestag 1975) sind daneben an somatischen Krankenhäusern selbstständige, gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie entstanden (*Abteilungspsychiatrien*, vgl. Abb. 9.3). Weiterhin gibt es Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an den *Universitätskliniken*, die für Krankenhausversorgung, Forschung und Lehre zuständig sind, von denen einige aber auch die Aufgaben der Pflichtversorgung wahrnehmen.

Im Mittelpunkt steht die Sicherstellung der vor- und nachstationären, der teilstationären und der stationären Behandlung und der multiprofessionellen ambulanten Behandlung in Form von psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V. Mit der Einführung des § 115d SGB V zur stationsäquivalenten Behandlung im Jahre 2018 wurde erstmals die Möglichkeit geschaffen, stationäre Behandlung durch Behandlung im häuslichen Umfeld der Patientinnen und Patienten zu ersetzen. Dadurch kommt sozusagen die Institution „Krankenhaus“ zum Patienten und nicht umgekehrt (Längle et al. 2018). Der überwiegende Teil der psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen unterliegt einer *regionalen Versorgungsverpflichtung* für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die gegen ihren Willen auf Basis von öffentlich-rechtlicher Unterbringung behandelt werden (siehe auch DGPPN 2020).

Wie in der somatischen Krankenhausversorgung sind psychiatrische Fachkrankenhäuser und Abteilungspsychiatrien (und einige Psychiatrische Universitätskliniken) mit ihren (teil)stationären Angeboten in die Aufgaben

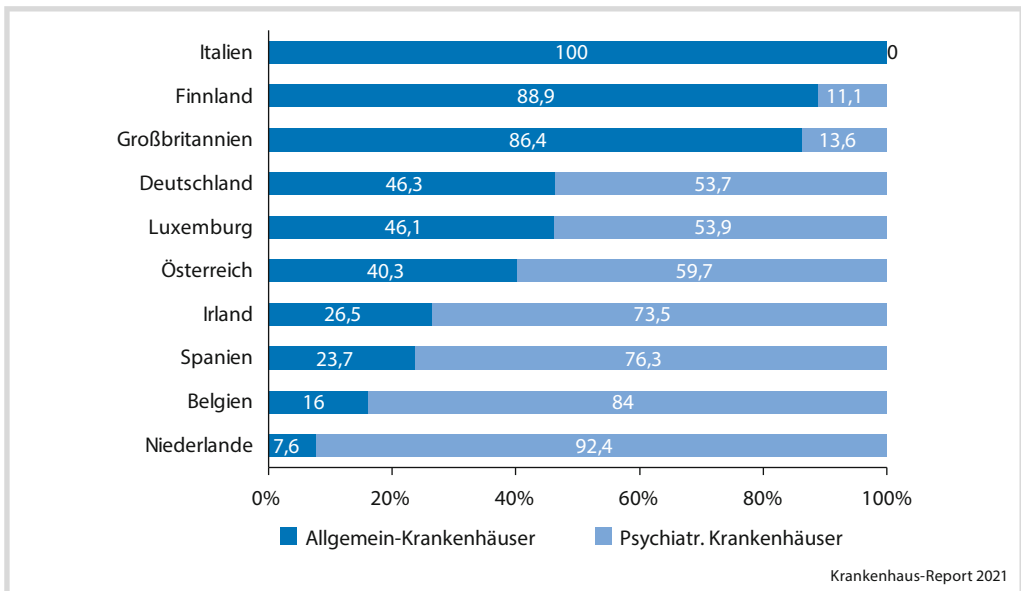


Abb. 9.3 Anteil psychiatrischer Betten nach Krankenhaustyp (nach Wancata et al. 2018)

der regionalen Pflichtversorgung eingebunden.

Die notwendige Nähe zum Versorgungsraum und zu den zivilgesellschaftlichen Netzwerken mit und um die Fachkrankenhäuser und Abteilungspsychiatrien ermöglicht strukturell, sich auf eine eigene Aufgabe und Rolle in gemeindepsychiatrischen Verbänden einzulassen. Insbesondere die tagesklinischen Angebote und die Institutsambulanzen – sofern sie eine aufsuchende Struktur entwickelt haben, stellen eine wichtige Brückenfunktion zwischen Gemeinde und stationärer Behandlung dar (Bomke et al. 2013). Weitere wichtige Bindeglieder können auch die psychiatrische häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V und die Soziotherapie nach § 37a sein (siehe auch ► Abschn. 9.3.4).

Kritisch bleibt anzumerken, dass die Konzentration auf die (teil)stationäre Versorgung den gesundheitspolitischen Blick limitiert. Vor diesem Hintergrund hat im Jahre 2019 am Robert Koch-Institut (RKI) ein Internationaler Workshop zur Entwicklung eines Mental-Health-Surveillance-Systems in Deutschland begonnen und wird seine Arbeit fortsetzen (RKI 2019).

9.3.3 KV-Bereich

In der Logik der strikten Trennung stationärer und ambulater Behandlungsleistungen im SGB V obliegt die Organisation der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung den Kassenärztlichen Vereinigungen („Sicherstellungsauftrag“, §§ 72 ff SGB V).

Sowohl die Fachärzte einschlägiger Richtungen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Psychosomatik usw.) als auch Psychotherapeuten betreiben in aller Regel eigene Praxen und arbeiten im Sprechstundenbetrieb. Hausbesuche sind seltene Ausnahmen. Das gilt im Wesentlichen auch für Zusammenschlüsse in Medizinischen Versorgungszentren.

Die Zahl *niedergelassener Fachärzte* der oben genannten Facharztgruppen wird allgemein als unzureichend beschrieben, Wartezeiten auf Termine von mehreren Monaten sind die Regel. Dieser Trend wird dadurch verstärkt, dass viele Fachärzte den Wechsel von der psychiatrischen zur psychotherapeutischen Versorgung wählen, sodass die Zahl der tatsächlich *psychiatrisch* behandelnden Fachärzte in vielen Regionen Deutschlands weit hinter den Erfordernissen zurückbleibt, in ländlichen Regionen teilweise sogar völlig fehlt (SVR 2018, Zi. 1240, 1262).

Eine weitere Erschwernis für gute psychiatrische Behandlung bildet das Vergütungssystem des KV-Bereichs, das hohe quartalsbezogene Fallzahlen belohnt und ausführliche Beratungsgespräche unwirtschaftlich macht.

In der Folge dieser strukturellen Unzulänglichkeiten geht die fachärztliche Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen mehr und mehr in die Hände der Kliniken mit ihren Institutsambulanzen über.

Die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung werden weitgehend vom Krankenhausbereich gestaltet (siehe oben ► Abschn. 9.3.2). Für Patienten niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten bedeutet eine interkurrierende Krankenhausbehandlung ansonsten einen Wechsel des Arztes und/oder des Psychotherapeuten sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung, mit allen damit verbundenen Nachteilen (Verlust von Vertrauensbeziehungen, Brüche in der begonnenen therapeutischen Arbeit, Transferprobleme bei Rückkehr in die private Umgebung usw., vgl. ► Abschn. 9.2.2).

Nichtsdestotrotz bleibt festzuhalten, dass die niedergelassenen Ärzte – zum erheblichen Teil auch Hausärzte – das Rückgrat der medizinischen Versorgung psychischer Erkrankungen bilden, sie behandeln den weitaus größten Teil von Patienten mit psychiatrischen Diagnosen.

Während die Zahl der *niedergelassenen Psychotherapeuten* seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes stark gestiegen ist, stagniert die psychotherapeutische Versorgung

schwerer psychischer Erkrankungen auf einem unbefriedigenden Niveau. Das ist umso bedauerlicher, als alle zugelassenen Psychotherapierichtungen über gute Konzepte für die Arbeit mit schweren psychischen Störungen verfügen. Allerdings behindern auch hier die Organisationsform der niedergelassenen Praxis mit regelmäßigen Terminen und 50-Minuten-Sitzungszeit sowie die dazugehörige, schematische Vergütungsstruktur die erforderliche Flexibilität der Zeitplanung und des Behandlungsortes. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen werden infolgedessen vielfach nicht erreicht – für sie können der fremde Ort (Komm-Struktur) und die fremde Person, der Standard der 50-Minuten-Sitzung, das oftmals stark schwankende psychische Befinden schwer überwindbare Hürden darstellen.

9

9.3.4 Sonstige ambulante Leistungserbringer im SGB V

Neben ärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung sieht das SGB V noch weitere Therapien vor, die bei psychischen Erkrankungen indiziert sein können:

- Soziotherapie (§ 37a)
- Häusliche psychiatrische Krankenpflege (§ 37)
- Medizinische Rehabilitation (§ 40)
- Ergotherapie (§ 32)

Soziotherapie soll Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen dabei unterstützen, die für sie indizierten Behandlungsangebote zu erhalten und sie zuverlässig wahrzunehmen. Sie würde somit die Funktionen der Erschließung passgenauer Hilfen und der ggf. langzeitigen Begleitung im Sinne des funktionalen Basismodells (s. o. ► Abschn. 9.2.5) erfüllen, ergänzt um motivationsfördernde Einzel- und Gruppenangebote. Idealerweise könnte und sollte sie als eine von mehreren Leistungen in das gemeindepsychiatrische mobile multiprofessionelle Team integriert sein.

Allerdings steht Soziotherapie bisher bei weitem nicht flächendeckend zur Verfügung, insbesondere wegen unzureichender Vergütungen (vgl. Hemkendreis 2017). Erst neuerdings scheint sich die Situation allmählich zu bessern – in mehreren Bundesländern wurden und werden Landesrahmenverträge verhandelt, die eine bessere Abdeckung mit Soziotherapie erwarten lassen.

Auch die *psychiatrische häusliche Krankenpflege* (pHKP, früher APP = ambulante psychiatrische Pflege) steht in Deutschland in vielen Regionen nicht zur Verfügung (Hemkendreis 2017), obwohl die HKP-Richtlinie des G-BA ebenso wie die Soziotherapie-Richtlinie mehrfach nachgebessert wurde und der Begriff der Pflegebedürftigkeit mit den Pflegestärkungsgesetzen um psychische Defizite erweitert wurde. Als ein Instrument der hochfrequenten aufsuchenden Hilfe eignet sich die pHKP sehr gut ebenso zur akuten Krisenintervention wie zur längerfristigen alltagsorientierten Sicherung der körperlichen, seelischen und sozialen Funktionen. Durch eine bedarfsgerechte individuelle Kombination mit Soziotherapie und Ergotherapie könnte die ambulante Versorgung schwerer psychischer Erkrankungen im kassenfinanzierten Gesundheitssystem erheblich gestärkt werden.

Ein eklatanter Mangel besteht besonders bei der *medizinischen Rehabilitation* schwerer psychischer Erkrankungen (Weig 2008; DGPPN 2018, Abschn. 16.1). Während eine medizinische Rehabilitation, etwa eine Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausentlassung, bei vielen Indikationen im somatischen Bereich routinemäßig stattfinden kann, ist medizinische Rehabilitation im psychiatrischen Versorgungssystem die strikte Ausnahme (in der Psychosomatik ist die Versorgung besser). Beispielsweise verzeichnete die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation im Jahr 2016 in Deutschland lediglich 60 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) mit 1.544 Plätzen (BAR 2020). In weiten Teilen Deutschlands existieren keine oder nur vereinzelte RPK-Einrichtungen, beispielsweise nur je eine in den Bundesländern Branden-

burg, Rheinland-Pfalz, Saarland und Thüringen und nur je zwei in Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein oder im Rheinland (der südlichen Hälfte von NRW).

Die auf einer medizinischen ggf. aufbauende berufliche Rehabilitation kommt infolgedessen in vielen Fällen ebenfalls nicht zustande. Dieser Missstand trägt nicht unerheblich zu der hohen Zahl von vorzeitigen Berentungen aufgrund psychiatrischer Diagnosen bei.

Ambulante Ergotherapie spielt eine wichtige Rolle zur Sicherung einer sinnvollen Tagesstruktur, mehr noch zur Schaffung und Begleitung von Schritten zur Teilhabe am Arbeitsleben. Sie ergänzt hier die Angebote der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, der Integrationsfachdienste und Integrationsbetriebe und ermöglicht vielen Patienten einen Eintritt oder eine Rückkehr in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

9.3.5 Leistungserbringer der übrigen SGB-Bereiche

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben meist einen Hilfebedarf, der über die Angebote des SGB V hinausreicht. Sie benötigen teils kompensatorische, teils gezielt fördernde Unterstützung, um mit wesentlichen Bereichen ihres Lebens erfolgreich zurechtzukommen: Bewältigung des unmittelbaren Alltags sowie Teilhabe am Arbeitsleben, am Leben in der Gemeinschaft und an Angeboten der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Im Sprachgebrauch des Bundesteilhabegesetzes (BTHG), der Eingang in das neu gefasste SGB IX gefunden hat, handelt es sich bei diesen Hilfen um „*Assistenz*“, bezogen auf einen oder mehrere der genannten Bereiche. Es kann sich um Leistungen mit kürzerer oder längerer Befristung handeln, vielfach besteht ein Hilfebedarf aber auch über Jahre bis hin zu dauerhafter Unterstützung.

Assistenzleistungen haben hinsichtlich ihrer Zielsetzungen und ihrer konkreten Tätigkeiten Überschneidungen zu Leistungen der

Pflege (gemäß SGB V und SGB XI) und der Soziotherapie; die Abgrenzung kann im Einzelfall schwierig sein und zum Gegenstand von Konflikten zwischen den beteiligten Kostenträgern werden. Die beiden Systeme sind in Deutschland vollständig getrennt voneinander kodifiziert, finanziert und auf Kostenträger- sowie Anbieterseite organisiert, sodass an den Schnittstellen zwischen ihnen erhebliche Schwierigkeiten auf dem Weg zu eng vernetzter Kooperation zu überwinden sind.

Zwischen den einzelnen Leistungen der Teilhabeförderung sind dagegen durch das BTHG mit der Teilhabe- und Gesamtplanung (§§ 19 und 117 ff SGB IX) Instrumente der engen Zusammenarbeit der Leistungsträger geschaffen worden. Das in der Praxis bisher häufig zu beobachtende „Hängen“ zwischen den einzelnen Kostenträgern soll nunmehr – zumindest bezüglich des Spektrums rehabilitativer Leistungen – der Vergangenheit angehören.

Neben den Erbringern von Assistenzleistungen sind insbesondere die *Sozialpsychiatrischen Dienste* (SpDi) zu nennen, wahrscheinlich die einzige Institution, die tatsächlich in jeder kommunalen Gebietskörperschaft zur Verfügung steht. Rechtsgrundlage sind die länderspezifischen Gesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG oder PsychKHG, im Saarland Unterbringungsgesetz – UBG). In der Regel sind sie Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in Bayern und Baden-Württemberg ist die Trägerschaft gemeinnützigen Vereinen übertragen worden. Zu ihren Aufgaben gehören Vor- und Nachsorge (nach Krankenhausaufenthalt), Beratung von Betroffenen und Angehörigen sowie gutachterliche Stellungnahmen in Unterbringungsverfahren. Sie sind multiprofessionell besetzt mit Sozialarbeitern, Ärzten, Pflegekräften und ggf. weiteren Berufsgruppen, verfügen aber in der Regel nicht über Zulassungen zur Behandlung, Pflege oder weiteren Leistungen.

Leider sind die SpDi im Verhältnis zu den ihnen zugewiesenen Aufgaben in den meisten Regionen personell unterbesetzt, worauf ihre

bundesweite Arbeitsgemeinschaft wiederholt hingewiesen hat (Elgeti 2019). Die genannten Kernaufgaben können sie deswegen nur teilweise wahrnehmen. Das gilt besonders für die Krisenintervention (s. u.)

Die *Teilhabe am Arbeitsleben* ist ein essenzieller Teil der Versorgungsaufgaben für psychisch kranke Menschen. International ist in den letzten 15 Jahren das Modell des sog. Supported Employment oder „Unterstützter Beschäftigung“ viel diskutiert worden. Dieses Modell spricht den psychisch erkrankten Menschen mit der „Place-and-Train“-Philosophie direkt mit dem Angebot der gemeinsamen Suche nach einem Arbeitsplatz an, in der Regel am allgemeinen Arbeitsmarkt. In Deutschland überwiegen im differenzierten beruflichen Rehabilitationssystem allerdings Angebote des sog. „Train-and-Place“-Modells. Unter dem letzteren, schrittweise vorgehenden Angebot finden sich die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK, insgesamt 45 Einrichtungen; BAR 2011) und die Beruflichen Trainingszentren (BTZ, insgesamt ca. 23 Einrichtungen) (DGPPN 2018, S. 157–193; siehe auch Stengler et al. 2015; Jäckel et al. 2020).

9.3.6 Gemeindep psychiatrische Verbundversorgung

Wie lässt sich angesichts der Vielfalt der Konzepte und Institutionen eine verbundförmerige, allseits abgestimmte Versorgung „wie aus einer Hand“ darstellen, wie sie insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen angeboten werden sollte? Auf diese Frage sind in Deutschland bisher keine umfassenden Antworten im Sinne der regionalen Verbund-Holding nach den Vorstellungen der Expertenkommission (1988) (s. o. ▶ Abschn. 9.2.4) gefunden worden, wohl aber Annäherungen. Zum einen sind hier Regionen zu nennen, in denen der Träger der Versorgungskrankenhäuser gleichzeitig einen großen Teil der übrigen Angebote vorhält (siehe auch ▶ Abschn. 9.2.4). Solche *Bündelungen der*

Aufgaben unter dem Dach eines Krankenhausträgers finden sich vor allem im Westen und Südwesten Deutschlands.

Beispielhaft sei hier die Entwicklung des Pfalzklunikums in Rheinland-Pfalz zu einem psychosozialen Komplexanbieter genannt (siehe auch Beyer 2009). Treiber dieser Entwicklungen war insbesondere die sogenannte Gemeindep psychiatrie des Klinikums. Anders als in anderen Regionen (siehe hierzu Thornicroft und Szmukler 2001; Kilian 2009) blieb bei der Reform der Bereich der Eingliederungshilfe unter dem Dach des Trägers und wurde nicht ausgegliedert. Durch die Entwicklung eigener Führungs- und Managementstrukturen war es möglich, den typischen Heimcharakter der Angebote durch ein auf die Bewohnerinnen und Bewohner fokussiertes Angebot weiterzuentwickeln (Bomke et al. 2013). Für die Entwicklung eines versorgungspolitischen Auftrags ist es wichtig, dass die Struktur der Trägerschaft zum sozialräumlichen Auftrag passt und dass die Frage von „Empowerment“ der Betroffenen und die Frage der Emanzipation der Nutzer sich im Wertekanon des Trägers widerspiegeln. Grundlage für das Gelingen eines solchen Transformationsprozesses ist z. B. eine kommunalpolitische Verankerung des Trägers, sei es durch einen klaren landesrechtlichen Auftrag, wie etwa in Baden-Württemberg, oder durch die Delegation der Aufgaben an kommunale obere Zweckverbände bzw. Wohlfahrtsverbände, wie man sie in Bayern, in Nordrhein-Westfalen oder Hessen, aber eben auch in der Pfalz findet (siehe auch Fliedner 2017). Dieser Übertragung geht eine wichtige Entscheidung voraus. Psychiatrische und psychosoziale Versorgung ist Teil der Daseinsvorsorge und kann nicht gänzlich den marktwirtschaftlichen Prinzipien der Steuerung von Angebot und Nachfrage überlassen werden. Und ein zweites Prinzip ist für den beschriebenen Transformationsprozess entscheidend: Die Weiterentwicklung psychosozialer Versorgung kann nur mit öffentlicher Kontrolle, mit Transparenz und Nutzerbeteiligung und in demokratischen Meinungsbildungsprozessen gelingen (Bomke 2008).

In vielen anderen Regionen gingen *Initiativen zum Zusammenschluss von Anbietern des SGB IX* aus, meist rund um „Hilfekonferenzen“ nach altem Recht der Eingliederungshilfe. Solche Zusammenschlüsse nennen sich meist *Sozial- oder Gemeindepsychiatrische Verbände* (GPV). Die einzelnen Anbieter bleiben rechtlich selbständig, vereinbaren aber im Sinne einer Selbstverpflichtung eine enge, soweit möglich verbindliche Kooperation sowohl im Einzelfall als auch in der Steuerung der regionalen Versorgung (Rosemann und Aktion Psychisch Kranke 2017).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV) wurde 2006 gegründet mit dem Ziel, das GPV-Konzept in seinen Mitgliedsverbänden gemeinsam umzusetzen und es auf der nationalen Ebene fachlich und politisch zu vertreten. Die „Qualitätsstandards“ der BAG GPV beschreiben die Konzeption und dienen als Richtschnur der Verbundentwicklung in den 25 Mitgliedsregionen (BAG GPV Qualitätsstandards 2012).

Beide Annäherungen an das Verbundideal, die südwestdeutschen Konzerne und die Verbände der BAG GPV, sind quantitativ wie qualitativ unvollständig:

- Es gelingt ihnen nicht, alle wesentlichen Akteure und alle Leistungsarten einzubeziehen; insbesondere niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten werden selten erreicht;
- Und ihre Vernetzung hat nicht einen solchen Verbindlichkeitsgrad, dass tatsächlich *alle* Maßnahmen über alle Sektoren und Sozialgesetzbücher hinweg gemeinsam geplant und vernetzt umgesetzt werden.

Das Land Baden-Württemberg hat als erstes Bundesland den Aufbau gemeindepsychiatrischer Verbände in allen kommunalen Gebietskörperschaften in sein novelliertes PsychKHG aufgenommen (Lucha 2019). Ob diese Gebilde – mit der rechtlichen Norm im Rücken – einen höheren und vollständigeren Vernetzungsgrad erreichen können, bleibt allerdings noch abzuwarten.

9.3.7 Krisenversorgung

Während für Krankenhauseinrichtungen die jederzeitige Erreichbarkeit eine Selbstverständlichkeit darstellt, sind die meisten ambulanten psychiatrischen Dienste und Einrichtungen lediglich tagsüber an Werktagen erreichbar („nine to five“). Akute Krisen, die sich außerhalb dieser Zeiten zuspitzen, können vom ambulanten Versorgungssystem darum nicht adäquat aufgefangen werden.

Der kassenärztliche Notdienst vermag diese Lücke nicht zu schließen; er führt in psychosozialen Krisensituationen nur selten Hausbesuche durch und verfügt nicht durchgängig über fachpsychiatrische Kompetenz. Ebenso wenig ist dies den Sozialpsychiatrischen Diensten flächendeckend möglich; zu den begrenzten Zeiten der Erreichbarkeit kommt hier erschwerend die meist unzureichende personelle Ausstattung hinzu.

Ansonsten stehen für Krisen außerhalb der üblichen Öffnungszeiten in den meisten Regionen Deutschlands nur nicht-psychiatrische Dienste zur Verfügung, insbesondere Ordnungsbehörden und Polizei. In akuten psychischen Krisensituationen steht ihnen der ambulante fachpsychiatrische Bereich nicht zur Verfügung.

Im Zusammenwirken mit den rund um die Uhr für Notfälle offenen Krankenhäusern führt dies zu der häufig inadäquaten Entscheidungsalternative zwischen Einweisung und Untätigkeit. Es kommt zu Krankenhausaufnahmen, für die aus medizinischer Sicht keine zwingende Indikation besteht. Beispielsweise schätzten in einer Umfrage des Sachverständigenrats Klinik- und niedergelassene Ärzte, dass etwa 20 bis 30 % der Krankenhausaufnahmen durch Ertüchtigung der ambulanten Versorgung vermieden werden könnten (SVR 2018, Zi. 1248, 1254).

Wegen fehlender Rechtsgrundlage blieb es bisher *lokalen Pilotprojekten* vorbehalten, Wege zum Aufbau von Krisendiensten zu bahnen. Beispiele sind der gemeindepsychiatrische Krisendienst in Solingen als ältester

existierender Krisendienst rund um die Uhr (Psychosozialer Trägerverein Solingen e. V., <https://www.ptv-solingen.de/krisendienst>), der Berliner Krisendienst als Kooperationsprojekt vieler Leistungsanbieter (www.berliner-krisendienst.de) oder das Atriumhaus München, das vom zuständigen Versorgungskrankenhaus als Dependence bereits 1994 aufgebaut wurde (www.atriumhaus-muenchen.de).

Solche Krisendienste verfügen typischerweise über eine telefonische Hotline sowie – mit regionalen Unterschieden – über die Möglichkeit aufsuchender Krisenintervention und über Alternativen zur vollstationären Krankenhausaufnahme („Krisenwohnung“, „Krisenpension“, „Rückzugsräume“ u. ä.). Sie sind entweder rund um die Uhr oder außerhalb der Bürozeiten besetzt.

Das novellierte bayerische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG) schreibt erstmals den Aufbau von Krisendiensten in allen Regionen vor. Der erste Krisendienst gemäß dieser Vorschrift wurde unlängst im Bezirk Oberbayern implementiert (<https://www.krisendienst-psychiatrie.de/>). Die zentrale Leitstelle liegt in der Verantwortung des kbo-Isar-Amper-Klinikums, das seine Vorerfahrungen mit dem Atriumhaus eingebracht hat. Die Sozialpsychiatrischen Dienste der oberbayerischen Regionen sind als Partner einbezogen und leisten insbesondere die mobilen Kriseneinsätze. Die Dienste sind rund um die Uhr (24/7) erreichbar. Soweit telefonische Beratung und aufsuchender Einsatz nicht ausreichen, werden weiterführende Hilfen vermittelt. Die Umsetzung in den übrigen bayerischen Bezirken läuft.

Da alle in diesem Abschnitt besprochenen Krisendienste von regionalen, gut vernetzten Akteuren betrieben werden, ist eine Weitervermittlung an andere Hilfen in der Regel leicht möglich. Soweit diese von denselben Institutionen betrieben werden (wie etwa in Solingen und teilweise in Oberbayern), lässt sich ein Wechsel der Bezugsperson des Öfteren vermeiden.

Damit Krisendienste das angestrebte Ziel erreichen können, ambulante Maßnahmen zu mobilisieren und Krankenhausaufnahmen auf das tatsächlich notwendige Maß zu beschränken, müsste allerdings ihre Einbeziehung in Unterbringungsverfahren gemäß PsychKG/ PsychKHG und gemäß Betreuungsrecht zwingend vorgeschrieben werden (Greve 2016); dies ist bisher nirgends der Fall.

9.3.8 Zusammenfassung

Der in diesem Kapitel beschriebene Ist-Zustand des psychiatrischen Versorgungssystems lässt sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Ambulante Angebote stehen bislang in der Regelversorgung nur zu den büroüblichen Öffnungszeiten zur Verfügung. Nur in wenigen Regionen gibt es Anlaufstellen (Krisendienste) außerhalb dieser Zeiten, die – abgesehen von den im Aufbau begriffenen Krisendiensten in Bayern – auf Sondervereinbarungen oder Selektivverträgen beruhen. Inwieweit die zu erwartende Richtlinie des G-BA zu einer erweiterten Versorgung für Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen gemäß § 92 Abs. 6b SGB V auch eine zeitlich umfassende Erreichbarkeit und Krisenversorgung vorsehen wird, war zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Artikels noch nicht klar.
- Infolgedessen werden stationäre Behandlungen in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen an Allgemein-Krankenhäusern über das eigentlich indizierte Maß hinaus in einer geschätzten Größenordnung von 20 bis zu 30 % der Aufnahmen in Anspruch genommen, einschließlich vermeidbarer Zwangseinweisungen.
- Niedergelassene Fach- und Hausärzte bilden weiterhin das quantitative Rückgrat der ärztlichen Behandlung psychischer Erkrankungen. Fachkrankenhäuser und -abteilungen übernehmen allerdings einen wachsenden Anteil ambulanter Behandlungen vor allem schwerer psychischer Erkrankungen

bereits seit langem über ihre Institutsambulanzen und neuerdings durch die stationsäquivalente Behandlung.

- Ambulante Psychotherapie erreicht nur einen Teil der Personen, für die sie indiziert wäre, insbesondere unzureichend die Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.
- Weitere ambulante Leistungen (Sozio- und Ergotherapie, psychiatrische Krankenpflege, medizinische Rehabilitation) stehen bei weitem nicht flächendeckend zur Verfügung.
- Die Vielfalt der Angebote ist aufgeteilt in diverse Bände des Sozialgesetzbuchs und innerhalb jedes SGB-Bandes zusätzlich in ambulante und stationäre „Sektoren“. Die einzelnen Angebote und ihre Finanzierung sind voneinander getrennt organisiert.
- Insbesondere die Verknüpfung der Bereiche „Behandlung“ (SGB V) und „Unterstützung“ (SGB IX u. a.) ist nur in wenigen Regionen mit Verbundstrukturen ausreichend eng, in der Regel arbeiten sie in getrennten Institutionen.
- Eine Erstberatung bei ungeklärtem Hilfebedarf, die alle potenziellen Hilfen einbezieht, fehlt fast überall. Das gilt umso mehr für die verbindliche Steuerung sowohl des regionalen Versorgungssystems als auch aller beteiligten Hilfen im Einzelfall. Auch hier beziehen sich Versuche einer Zusammenführung stets getrennt entweder auf das SGB V oder auf das SGB IX (Pflegestützpunkte gemäß § 92c SGB XI spielen praktisch keine Rolle).

Wegen dieser Rahmenbedingungen ist die Behandlung und Unterstützung von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen in sehr vielen Fällen nicht regelmäßig leitliniengerecht: Es herrscht ein *Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung*, für viele Betroffene ist ein nennenswerter Teil notwendiger Hilfen nicht verfügbar (z. B. medizinische Rehabilitation, Zugänge zum allgemeinen Arbeitsmarkt) oder schwer erreichbar (Wartezeiten bei ambulanter Psychothera-

pie, Facharztmangel in ländlichen Regionen). Komplexe Hilfen sind unzureichend miteinander verzahnt und aufeinander abgestimmt.

Vermeidbare Chronifizierung mit hohen volkswirtschaftlichen Kosten durch teure Krankenhausbehandlungen und unnötig häufige Erwerbsminderungsberatungen kann die Folge sein (vgl. z. B. Konnopka et al. 2009). Dies gilt, obwohl die Verfügbarkeit psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosozialer Hilfen in Deutschland sehr umfassend gegeben und der Zugang zu den meisten Hilfsangeboten eher niederschwellig ist.

9.4 Ansätze zum Brückenbau: Selektivverträge und Modellvorhaben

9.4.1 Regionales Klinikbudget

Mit dem Ziel der flexiblen, bedarfsorientierten und bedürfnisgerechten Versorgung von psychisch erkrankten Menschen und deren Angehörigen wurden seit 2003, ausgehend von einem ersten Projekt im Klinikum Itzehoe, in rund 30 Regionen *Gesamtbudgets für Krankenhausbehandlung* als Erweiterung der sektorenübergreifenden Behandlungsformen implementiert, zunächst als Sonder- oder Selektivverträge, seit 2013 als Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V. Da die Erlöse nicht mehr an die Belegung von Betten und Tagesklinikplätzen gebunden sind, kann das Krankenhaus die Behandlungsform individuell flexibel und sektorenübergreifend (stationäre, teilstationäre, stationsäquivalente und ambulante Behandlung) organisieren.

Mehrere Evaluationsprojekte dienen zur Weiterentwicklung und Erforschung der Modellvorhaben nach § 64b SGB V (Kliemt et al. 2018). Ziel der Modellvorhaben ist es, neue Formen der Behandlung für die Regelversorgung zu etablieren. Mithilfe der Evaluationen konnten Tendenzen, Entwicklungsbedarfe und Unklarheiten erkannt und definiert werden. Deutliche Effekte sind eine Reduktion der

stationären Verweildauer und die Möglichkeit einer ambulanten Intensiv- und Akutbehandlung in allen Modellvorhaben. Neben Vereinfachungen in den bisherigen Leistungsbereichen der psychiatrischen Fachkrankenhäuser und der psychiatrischen Fachabteilungen im Modell ergeben sich durch die stärkere Vernetzung in den Sozialraum neue Herausforderungen, insbesondere mit den niedergelassenen Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten. Schwerpunkte bilden dabei die Versorgung in ländlichen Gebieten sowie die Übergänge zu anderen Versorgern (eine Übersicht zu den Modellvorhaben und zu den Inhalten findet sich bei Deister und Wilms 2014; Netzwerk 2019)

9.4.2 Projekt RECOVER, Hamburg

Die psychiatrische Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf arbeitet bereits seit langem mit Selektivverträgen, die für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen, insbesondere Psychosen, eine *ganzheitliche, eng vernetzte Gesamtbehandlung* anbieten, über die Sektorengrenzen innerhalb des SGB V hinweg.

Derzeit läuft ein vom Innovationsfonds gefördertes Projekt mit dem Namen RECOVER, das diesen Ansatz mittels einer randomisiert- kontrollierten Studie im Hinblick auf Kosteneffektivität und weitere Kriterien evaluiert (Lambert et al. 2017; Recover Hamburg, <https://www.recover-hamburg.de>). Kernelemente sind eine Zusammenführung und Vernetzung ambulanter und (teil-)stationärer Behandlung und ein telefonischer und aufsuchender Krisendienst mit 24/7-Erreichbarkeit. Partner der UKE-Klinik sind ein MVZ für Psychiatrie und Psychotherapie sowie ein Anbieter von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Drei große (AOK Rheinland/Hamburg, DAK, BARMER) und 14 kleinere Kassen sind Konsortialpartner des Projekts. Im zweiten Schritt soll das Modell auf den Kreis Steinburg (Klinikum Itzehoe) übertragen werden.

9.4.3 Selektivverträge der PIBB

In Berlin hat ein von *Fachärzten* im Jahr 2003 gegründeter Verein (vpsg – Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit, www.psychiatrie-in-berlin.de) ein breites Netzwerk niedergelassener Fachärzte, Psychotherapeuten, Soziotherapeuten, Pflegedienste, gemeindepsychiatrischer Anbieter und der Charité aufgebaut, die Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB, www.pi-bb.de). Mittels dreier Selektivverträge der Integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V mit der AOK Nordost, der DAK und mehreren Betriebskrankenkassen wurden zusätzliche, die Beteiligten vernetzende Angebote mit unterschiedlicher Zielsetzung aufgebaut. Ziel der Verträge ist eine Zusammenführung der ambulanten Leistungen des SGB V als „Komplexbehandlung“.

9.4.4 NPPV-Projekt der KV Nordrhein

Eine ähnliche Zielsetzung verfolgt das vom Innovationsfonds geförderte Projekt NPPV der KV Nordrhein (Bergmann 2017, <https://nppv-nordrhein.de>). Für ausgewählte neurologische und psychiatrische Diagnosen soll eine intensive fachärztliche Beratung und Begleitung mit einem störungsspezifischen Gruppenprogramm und einer internetgestützten Kommunikation zwischen den ambulanten Behandlern angeboten werden. Partner der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein sind die IVP Networks GmbH, ein von Ärzten und Kaufleuten gegründeter Betreiber von Netzwerken im Gesundheitswesen, sowie die AOK Rheinland/Hamburg und zwei Betriebskrankenkassen. Auch hier geht es um ambulante Komplexbehandlung.

9.4.5 IV-Verträge der Gemeindepsychiatrie (NWpG & Co.)

Neben den Kliniken und Fachabteilungen mit ihren Modellvorhaben und deren Vorläufern (► Abschn. 9.4.1 und 9.4.2) sowie den niedergelassenen Fachärzten (► Abschn. 9.4.3 und 9.4.4) haben sich auch die *Anbieter gemeindepsychiatrischer Leistungen* um den Aufbau vorwiegend ambulanter Vernetzungsleistungen bemüht.

Sie setzen seit 2009 in rund 80 Regionen Selektivverträge der Besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V um, ausgehend von dem Vertrag „Netzwerk psychische Gesundheit“ (NWpG) der Techniker Krankenkasse. Dem Vertrag sind weitere Kassen beigetreten, u. a. die AOK Rheinland/Hamburg, und andere Kassen haben ähnliche Verträge abgeschlossen (Faulbaum-Decke und Zechert 2010).

Durch *multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams* mit Bezugsbegleitung, Zusammenführung und Vernetzung aller Hilfen sowie einen 24/7-Krisendienst mit Hotline, aufsuchender Krisenintervention und Krisenwohnungen wird in den teilnehmenden Regionen das System der ambulanten Regelversorgung ergänzt. Dadurch sollen Krankenhausaufenthalte vermieden oder verkürzt und die teilnehmenden Versicherten in ihrer selbständigen Lebensführung gestärkt werden.

Die Verträge sind ebenso wie alle bisher beschriebenen Modelle und Projekte auf den Bereich des SGB V beschränkt. Die beteiligten Leistungserbringer können die übrigen von ihnen betriebenen Angebote der Eingliederungshilfe und Rehabilitation aber leicht einbeziehen und den teilnehmenden Patienten zugänglich machen, auch wenn die Verträge selbst es nicht honorieren.

9.4.6 GBV-Projekt

Aufsetzend auf den Erfahrungen dieser gemeindepsychiatrischen IV-Verträge hat der Dachverband Gemeindepsychiatrie im Juli 2019 gemeinsam mit der Techniker Krankenkasse, der AOK Bayern, der AOK Rheinland/Hamburg, der KKH und 15 Betriebskrankenkassen das vom Innovationsfonds seit 2019 geförderte *Projekt GBV – Gemeindepsychiatrische Versorgung schwerer psychischer Erkrankungen* gestartet (Greve und Heuchemer 2019, <https://gbv.online>).

Es handelt sich um ein Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V, das in zwölf Regionen in fünf Bundesländern umgesetzt und von der Universität Ulm mit einer randomisierten Kontrollstudie evaluiert wird. Ausdrücklich geht es um die *verbindliche Vernetzung von Leistungen aus allen SGB-Rechtskreisen durch multiprofessionelle mobile Teams*, ergänzt durch 24/7-Krisenintervention. Neben der kontinuierlichen Begleitung der teilnehmenden Versicherten stehen systemisch-dialogische Netzwerkgespräche nach dem Vorbild des Offenen Dialogs (z. B. Aderhold und Greve 2011) im Vordergrund der GBV-Leistungen. Alle Hilfen werden mit den Bedürfnissen und Wünschen der Patienten und ihrer Angehörigen fortlaufend abgestimmt und durch die GBV-Teams zu „Hilfen wie aus einer Hand“ zusammengeführt. Ziele sind die Verbesserung von Selbststeuerung (Empowerment), Teilhabe und Zufriedenheit der teilnehmenden Versicherten, Entlastung der Angehörigen und Kosteneffektivität.

Neben gemeindepsychiatrischen Leistungserbringern sind insbesondere die zuständigen Versorgungskliniken einbezogen, in sieben Regionen sind sie unmittelbar an der Erbringung der GBV-Leistungen beteiligt. Mit allen übrigen Anbietern werden regionale „Verbundvereinbarungen“ über eine enge fallbezogene Zusammenarbeit abgeschlossen oder – in den großen Städten – verbindliche Vernetzungen für jeden einzelnen Teilnehmer aufgebaut.

9.4.7 Zusammenfassung

Allen in diesem Abschnitt geschilderten Selektivverträgen und Modellvorhaben ist gemeinsam, dass sie ausschließlich von den Krankenkassen finanziert werden und sich deshalb auf Leistungen des SGB V fokussieren. Für die Überwindung der Grenzen zwischen den „Sektoren“ der Behandlungsangebote leisten sie wichtige Beiträge.

Die übrigen Hilfen der Rehabilitation und Assistenz sind allerdings nicht systematisch als Bestandteile der Projekte einbezogen. Insofern bleibt die verbindliche Überwindung der eingangs erwähnten Schnittstellen unvollständig.

Ausnahmen sind die Projekte RECOVER (► Abschn. 9.4.2) für den Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben und GBV für die Gesamtheit der Hilfen im Einzelfall (► Abschn. 9.4.6). Ihre Evaluationen werden zeigen, wie weit sie mit dem Bemühen um den Aufbau echter Verbundstrukturen und einer vollständigen Zusammenführung *aller* Bausteine zu „Hilfen wie aus einer Hand“ erfolgreich sind.

9.5 Zukunftsanforderungen

Um das vorhandene, zersplitterte System den Erfordernissen einer zeitgemäßen Versorgung schrittweise anzunähern, bedarf es einer Stärkung der ambulant-aufsuchenden, an der persönlichen Lebenswelt der Betroffenen orientierten Angebote und einer Zusammenführung und Vernetzung aller Einzelbausteine zu integrierten Komplexleistungen.

Im Einzelnen sind hierzu folgende Schritte denkbar:

9.5.1 Funktionale Zulassung zur Leistungserbringung

Die Zulassung zur Erbringung bestehender und zukünftig aufzubauender Hilfen darf nicht

mehr an institutionelle Merkmale geknüpft sein, also z. B. „Krankenhaus“, „KV-Praxis“, „Heimeinrichtung“, „Werkstatt für behinderte Menschen“ etc. Vielmehr soll die Zulassung funktional erfolgen: Wenn ein Anbieter – oder eine Gemeinschaft von Anbietern – definierte Voraussetzungen für eine Zulassung erfüllt, soll er Zugang dazu erhalten, die Leistung zu erbringen.

Dadurch würde es Spartenanbietern erleichtert, sich mit komplexeren Angeboten breiter aufzustellen und diese zumindest intern eng zu vernetzen. Bisher ist eine umfassende Leistungserbringung aus einer Hand lediglich Krankenhausanbietern möglich, wie am Beispiel des Pfalzkrankenhauses in ► Abschn. 9.3.2 und 9.3.6 exemplarisch dargestellt wurde. Es ist aber nicht zu erwarten, dass dieses Versorgungsmodell jemals überall in Deutschland zum Goldstandard der Versorgung würde, da die Strukturen in den Regionen extrem heterogen sind.

Eine *Abdeckung aller Regionen mit leitliniengerechter Versorgung* lässt sich nur erreichen, wenn jede Region auf die vorhandenen Strukturen zurückgreifen und diese in Richtung auf umfassende Leistungserbringung und Vernetzung stärken kann – seien es Klinikeinrichtungen, niedergelassene Ärzte und Therapeuten, gemeindepsychiatrische Vereine oder Zusammenschlüsse zwischen diesen.

9.5.2 SGB-übergreifende Komplexleistungen

Der beschriebene institutionelle „Graben“ zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern des SGB V und den übrigen Institutionen wird sich nicht ohne große Eingriffe einbrennen lassen, so wünschenswert das aus Sicht psychiatrischer Patienten auch wäre. In allen SGB-Sparten sollten aber zumindest *rechtliche Voraussetzungen für eine ganzheitliche Leistungserbringung* geschaffen werden.

Ansatzpunkte für SGB-übergreifende Komplexleistungen finden sich bereits im

durch das BTHG geänderten SGB IX mit der Teilhabe- und Gesamtplanung (s. o. ▶ Abschn. 9.3.5) und in einigen Projekten des Innovationsfonds wie RECOVER und GBV (▶ Abschn. 9.4.2 und 9.4.6). Bei Bewährung sind Übergänge in die Regelversorgung vorgesehen (§ 92b Abs. 3 SGB V).

Durch weitere, zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts bereits absehbare Ergänzungen bestehender Gesetze sind weitere Schritte zu erwarten.

Insbesondere wird darauf zu achten sein, dass „Koordination und Vernetzung von Hilfen“ im SGB V und im SGB IX als *eigene Leistungsart* anerkannt und finanziert wird und dabei eine Einbeziehung von Leistungen aller Sozialgesetzbücher ausdrücklich ermöglicht wird (vgl. SVR 2018 Zi. 1269, 1270).

Diese umfassende Zusammenführung der sozialrechtlichen Sparten zu ganzheitlichen Komplexleistungen gehört in die allen Kostenträgern und Leistungserbringern zugängliche Regelversorgung und darf mittelfristig nicht Selektivverträgen und Sonderprojekten vorbehalten bleiben.

Wenn es gelänge, einerseits die Kostenträger (vgl. ▶ Abschn. 9.5.4) und andererseits die regional beteiligten Leistungserbringer zu Verbundlösungen zusammenzubringen, würde das Ideal des Gemeindepsychiatrischen Verbundes nach den Vorstellungen der Expertenkommission (1988) Wirklichkeit.

9.5.3 Ertüchtigung der regionalen ambulanten Versorgung

Damit der angestrebte Vorrang der ambulanten, ortsnahen Versorgung durchgängig wirksam wird, sind über die in den vorigen Abschnitten genannten Schritte hinaus folgende Maßnahmen denkbar:

- Gesetzlich vorgesehene *ambulante Leistungen*, auf die Versicherte im Bedarfsfall einen Rechtsanspruch haben, sind *flächendeckend auszubauen*. Dies gilt insbesondere für die im ▶ Abschn. 9.3.4 genannten

Leistungen der Soziotherapie, der medizinischen Rehabilitation, der Ergotherapie und der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege.

- Alle ambulanten Leistungen sollen rechtlich und finanziell so ausgestaltet werden, dass sie unabhängig von Praxissitzen u. ä. *an jedem Ort bedarfsgerecht* erbracht werden können. Niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten muss es ermöglicht und bezahlt werden, dass sie erforderlichenfalls Hausbesuche machen oder an dritten Orten (z. B. Heimeinrichtungen) tätig werden können, ohne dadurch finanzielle Einbußen zu erleiden.
- In den Vergütungsregeln für kassenärztliche Praxen und MVZ sind die *Vergütungen für „sprechende Medizin“ zu stärken*, um ausreichend Zeit für eine sachgerechte Beratung und Begleitung auch von Patienten mit hohem Bedarf zu ermöglichen. Die Logik der Zahl der abgerechneten Quartalsfälle und die geringen Durchschnittsvergütungen sind Fehlanreize, deren Überwindung nicht Sonderprojekten wie NPPV (▶ Abschn. 9.4.3) vorbehalten bleiben darf.
- Die Erreichbarkeit des regionalen Systems rund um die Uhr durch *gemeinsam betriebene Krisendienste* ist entsprechend dem bayerischen Vorbild gesetzlich festzuschreiben und unter Beteiligung der einschlägigen Kostenträger (Krankenversicherung und Eingliederungshilfe) gemeinsam ausreichend zu finanzieren (vgl. SVR 2018 Zi. 1287). Die Einbeziehung dieser Krisendienste vor allen Zwangseinweisungsentscheidungen ist gesetzlich zu verankern.
- Die *Vergütung der psychiatrischen Institutsambulanzen* ist so zu konzipieren, dass ihnen die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags einer Komplexbehandlung tatsächlich möglich wird. Dies wird am ehesten durch die Übernahme der bayerischen Systematik der Einzelleistungsvergütungen zu erreichen sein. Flexible Übergänge zwischen Institutsambulanz und stationsäquivalenter

Behandlung (StäB) sind vorzusehen („Intensiv-PIA“).

- Die *Einbeziehung geeigneter dritter Leistungserbringer in die StäB* ist als Regelfall statt als Ausnahme vorzusehen (§ 115d Abs. 1 Satz 3 SGB V), um allen Fachkliniken und Fachabteilungen den Aufbau von StäB zu erleichtern (Weinmann et al. 2020).

9.5.4 Budgetfinanzierungen

Nur an wenigen Orten gibt es bisher regionale Budgetlösungen, die den Anbietern eine flexible, ausschließlich am individuellen Bedarf orientierte Leistungserbringung ermöglichen. Die Modellvorhaben der Fachkliniken und Fachabteilungen mit regionalen Budgets für Krankenhausleistungen (► Abschn. 9.4.1) sind das derzeit bekannteste Beispiel für solche Budgetlösungen.

Grundsätzlich wären darüber hinaus individuelle (auf den Einzelfall bezogene) oder regionale Budgets wünschenswert, die neben Krankenhausleistungen auch den KV-Bereich, die Heil- und Hilfsmittel und die häusliche Pflege einbeziehen und somit Anreize für die beteiligten Leistungserbringer zu gemeinsamer, verbundförmiger Komplexbehandlung schaffen würden. Nicht nur die Übergänge zwischen stationären und ambulanten Hilfen, sondern auch die institutionsübergreifende gemeinsame Behandlung würden dadurch erleichtert. Beispielsweise könnte eine aufsuchende Akutbehandlung auch unter Beteiligung der davor und danach zuständigen niedergelassenen Fachärzte und weiterer ambulant tätiger Dienste erbracht werden.

Ein weiterer Schritt ist vorstellbar und wäre zu begrüßen, nämlich gemeinsame regionale Budgets mehrerer Kostenträger. Uns ist bisher nur ein einziger, schon im Projektstadium gescheiterter Versuch bekannt, ein solches

gemeinsames Regionalbudget der Krankenkassen und des Kostenträgers der Eingliederungshilfe in Bremerhaven zu implementieren (Schwarz et al. 2019).

Allerdings ist angesichts der großen Heterogenität der Versorgungslandschaft und der Trägerkonstruktionen auf der Anbieterseite zu fragen, ob solche Gesamtbudgets eines oder mehrerer Kostenträger in allen Regionen wünschenswert und praktikabel wären.

9.6 Resümee

Das Versorgungssystem in Deutschland stellt zahlreiche Komponenten einer ganzheitlichen ambulanten Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zur Verfügung. Allerdings bestehen zwischen den Regionen große Unterschiede und insgesamt ist das System nicht hinreichend integriert, so dass der Ressourcenreichtum und die Vielfalt der Angebote nicht ausreichend zur Wirkung kommen. Insbesondere ist die rechtliche und finanzielle Verankerung fachlich differenzierter Hilfen in der Lebenssituation der Menschen nicht hinreichend gesichert. Langjährige Bemühungen um Verbesserungen durch Selektivverträge, Modellvorhaben, regionale Budgets etc. und die Arbeit an integriert-gemeindepsychiatrischen Hilfen in der Regelversorgung wecken Hoffnung, dass an die Stelle von „Versorgungsketten“ mit dem Vorherrschen separater Einrichtungen integrierte Systeme treten werden, die ihre differenzierten Hilfen regelhaft direkt in der Lebenswirklichkeit verankern und dann im individuellen Bedarfsfall durch spezialisierte, stationäre oder heimatferne Angebote ergänzen. Hierzu bedarf es allerdings noch erheblicher Anstrengungen des Gesetzgebers, der Selbstverwaltung sowie der Kostenträger und Leistungserbringer zur Schaffung ganzheitlicher regionaler Verbundstrukturen.

Literatur

- Aderhold V, Greve N (2011) Bedürfnisanangepasste Behandlung und offene Dialoge. In: Müller M, Bräutigam B (Hrsg) Hilfe, sie kommen! Systemische Arbeitsweisen in aufsuchenden Kontexten. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg, S 313–323
- BAG GPV (2012) Qualitätsstandards für GPVs in der BAG GPV. <https://www.bag-gpv.de/ueber-bag-gpv/qualitaetstandards-fuer-gpvs>. Zugegriffen: 20. Juli 2020
- BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (2011) RPK-Empfehlungsvereinbarung und Handlungsempfehlungen für die praktische Umsetzung. Frankfurt am Main 2011. https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_papierkorb/BARBroRPK_E.pdf. Zugegriffen: 18. Juli 2020
- BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation) (2020) Reha-Info 2/2020. <https://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info/reha-info-2020/reha-info-022020/reha-statistiken-zu-psychischen-stoerungen-spiegeln-trends-wider>. Zugegriffen: 14. Nov. 2020
- Becker T, Hoffmann H, Puschner B, Weinmann S (2008) Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Kohlhammer, Stuttgart
- Bergmann F (2017) NPPV. Neue Wege in der Versorgung psychischer und neurologischer Erkrankungen. In: Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H, Knieps F, Lägél R, Ozegowski S, Schlenker RU, Sjuts R (Hrsg) Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 244–251
- Beyer C (2009) Von der Kreisirrenanstalt zum Pfalzklimum – Eine Geschichte der Psychiatrie in Klingenstein. Bezirksverband Pfalz Institut für pfälzische Geschichte, Kaiserslautern
- Bomke P (2008) Psychiatrie braucht öffentliche Kontrolle – ein institutioneller Zugang. In: Raueiser S, Jehl R (Hrsg) Verantwortung für die Psychiatrie. Grizeto, Irsee
- Bomke P, Fuchs B, Frech H (2013) Psychiatrische Versorgung auf dem Weg in die Kommunen. Welt Krankenversicherung 11/2013:279–281
- Deister A, Wilms B (Hrsg) (2014) Regionale Verantwortung übernehmen. Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V. Psychiatrie Verlag, Bonn
- Deutscher Bundestag (1975) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200. Deutscher Bundestag, Bonn
- DGPPN (2018) S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, 2. Aufl. Springer, Berlin
- DGPPN (2020) Ländersache: Öffentlich-rechtliche Unterbringung in der Psychiatrie. Die Regelungen der Bundesländer im Vergleich. <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/menschenrechte/uebersicht-psychKGs.html>. Zugegriffen: 12. Aug. 2020
- Elgeti H (2019) Wohin treibt die Sozialpsychiatrie? Erfahrungsberichte und Debattenbeiträge. Hart am Wind Bd. 3. Psychiatrie Verlag, Köln
- Expertenkommission der Bundesregierung (1988) Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Expertenkommission der Bundesregierung, Bonn
- Faulbaum-Decke W, Zechert C (Hrsg) (2010) Ambulant statt stationär. Psychiatrische Behandlung durch Integrierte Versorgung. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Fliedner O (2017) Grundwissen Kommunalpolitik. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
- Greve N (2016) Novellierung des PsychKG in NRW: zu kurz gesprungen. Psychosoz Umsch 31(4):30–31
- Greve N, Heuchemer P (2019) Die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung. Psychosoz Umsch 34(2):47–48
- Greve N, Hummelsheim T (2015) Verhandeln statt behandeln – ein Paradigmenwechsel auf dem Weg der Psychiatriereform. In: Armbruster J, Dieterich A, Hahn D, Ratzke K (Hrsg) 40 Jahre Psychiatrie-Enquête – Blick zurück nach vorn. Psychiatrie Verlag, Köln, S 304–316
- Greve N, Steinhart I (2020) Aufsuchende Hilfen im Rahmen des gemeindepsychiatrischen Verbundes – der ambulante Kern der Versorgung. In: Weinmann S, Bechdorf A, Greve N (Hrsg) Psychiatrische Krisenintervention zu Hause. Das Praxisbuch zu StÄB & Co. Psychiatrie-Verlag, Köln, S 96–116
- Hemkendreis B (2017) Häusliche psychiatrische Krankenpflege und ambulante Soziotherapie als zusätzliche Behandlungsleistungen zu selbstbestimmtem Wohnen. In: Rosemann M, Konrad M (Hrsg) Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung. Psychiatrie-Verlag, Köln, S 69–77
- Jäckel D, Siebert S, Baumgardt J, Leopold K, Bechdorf A (2020) Arbeitsbezogene Teilhabebeeinträchtigungen und Unterstützungsbedarf von Patienten in der (teil-)stationären psychiatrischen Versorgung. Psychiatr Prax 47(05):235–241
- Kilian R (2009) Gesundheitsökonomische Aspekte für neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie – Ressourcenallokation und Effizienz der psychiatrischen Versorgung in Deutschland: Bestandsaufnahme und Ausblick. In: Weatherly JN, Lägél R (Hrsg) Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 67–86
- Kliemt et al (2018) Gesundheitsökonomische Evaluation von Modellprojekten zur Versorgung psychisch kranker

- ker Menschen nach § 64b SGB V – erste Ergebnisse von 12 Kliniken. German Medical Science GMS Publishing House, Düsseldorf
- Konnopka A, Klingberg S, Wittorf A et al (2009) The cost of schizophrenia in Germany: a systematic review of the literature. *Psychiatr Prax* 36(5):211–218
- Kunze H (1999) Steuerung des regionalen Angebots. In: Kauder V, Kunze H, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg) Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung. Tagungsberichte, Bd. 26. Rheinland Verlag, Köln, S 34–50
- Längle G, Holzke M, Gottlob M (2018) Psychisch Kranke zu Hause versorgen: Handbuch zur Stationsäquivalenten Behandlung. Kohlhammer, Stuttgart
- Lambert M, Karow A, Deister A et al (2017) RECOVER. Modell der sektorenübergreifend koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen. In: Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H, Knieps F, Lägler R, Ozegowski S, Schlenker RU, Sjuts R (Hrsg) Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 252–264
- Lucha M (2019) Verantwortung der Landespolitik für die psychiatrische Versorgung. In: Aktion Psychisch Kranke, Weiß P, Fegert JM (Hrsg) Plänen – umsetzen – bewerten. Psychiatriepolitik gestalten. Eigenverlag der Aktion Psychisch Kranke, Bonn, S 33–38
- Netzwerk Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung (2019) Zuarbeit für den Bericht an den Bundestag entsprechend § 17d KHG – Entwicklung und aktueller Kenntnisstand aus den Erfahrungen mit Modellprojekten nach § 64b SGB V. Netzwerk Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung, Berlin
- Robert Koch-Institut (2019) Internationaler Workshop zur Entwicklung eines Mental Health Surveillance Systems in Deutschland. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MHS/mhs_workshop2019.html. Zugegriffen: 14. Nov. 2020
- Rosemann M, Aktion Psychisch Kranke (2017) Verantwortliche Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV) – trotz oder wegen BTHG? In: Weiß P, Heinz A (Hrsg) Verantwortung übernehmen. Verlässliche Hilfe bei psychischen Erkrankungen. Eigenverlag der Aktion Psychisch Kranke, Bonn, S 86–93
- Schwarz J, Stöckigt B, Berghöfer A, von Peter S, Brückner B (2019) Rechtskreisübergreifende Kooperation in einem Gemeindepsychiatrischen Zentrum. Eine qualitative Studie über die Erfahrungen der Stakeholder. *Psychiatr Prax* 46(04):200–205
- Steinhart I, Wienberg G (Hrsg) (2017) Rundum ambulanz. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Psychiatrie Verlag, Köln
- Stengler K, Kauffeldt S, Theißing A, Bräuning-Edelmann M, Becker T (2015) Medizinisch-berufliche Rehabilitation in Rehaeinrichtungen für psychisch Kranke in Deutschland. *Nervenarzt* 86(5):603–608
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Gutachten 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Kapitel 16: Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606>. Zugegriffen: 3. Okt. 2019
- Thornicroft G, Szmukler G (2001) Textbook of community psychiatry. Oxford University Press, Oxford
- Weig W (2008) Ist das Rehabilitationsangebot für schwer und chronisch psychisch Kranke Menschen bedarfsgerecht? *Perspekt Rehabil* 08:8–13
- Wancata J, Reisegger A, Slamanig RR, Winkler H, Unger A (2018) Psychiatrische Versorgung heute. *Psycho-praxis Neuropraxis* 21(Suppl 1):S8–S13. <https://doi.org/10.1007/s00739-018-0512-0>
- Weinmann S, Bechdorf A, Greve N (Hrsg) (2020) Psychiatrische Krisenintervention zu Hause. Das Praxishandbuch zu StäB & Co. Psychiatrie Verlag, Köln
- Wienberg G, Steinhart I (2020) Das Funktionale Basismodell der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – ein Update. *Psychiatr Prax* 47:1–8
- Wigand ME, Becker T (2017a) Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. In: Deister A, et al (Hrsg) Psychiatrie und Psychotherapie im Kontext des Gesundheitswesens. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 49–52
- Wigand ME, Becker T (2017b) Grundlagen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. In: Deister A, et al (Hrsg) Psychiatrie und Psychotherapie im Kontext des Gesundheitswesens. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 53–58

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

