

Das Funktionale Basismodell der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – ein Update

The Functional Basic Model for the Psychiatric Care of Persons with Severe Mental Illness – an Update



Günther Wienberg



Ingmar Steinhart

Autoren

Günther Wienberg, Ingmar Steinhart

Institut

Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, An-Institut der Universität Greifswald

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1033-2900>

Psychiat Prax 2020; 47: 9–15

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Günther Wienberg, Institut für Sozialpsychiatrie, Mecklenburg-Vorpommern, An-Institut der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Ellernholzstraße 1–2, 17487 Greifswald
institut@sozialpsychiatrie-mv.de

Das Funktionale Basismodell 3.0

Viele Strukturprobleme in der psychiatrischen Versorgungslandschaft sind seit der Psychiatrie-Enquete ungelöst und insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen [1] fehlt eine grundlegende Neuausrichtung mit einem richtungsweisenden Zukunftsmodell. In dieser Zeitschrift haben die Autoren erstmals 2014 [2] ein funktionales Modell zur Beschreibung eines Mindeststandards für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen vorgeschlagen, das zunächst auf den Bereich Behandlung begrenzt war, anschließend auf den Bereich der Teilhabeleistungen erweitert [3] und in einem Sammelband mit Praxisbeispielen ausführlich dargestellt wurde [4]. Als zentrale Grundlagen des Funktionalen Basismodells wurden die UN-Behindertenrechtskonvention, die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ [5] und die Auswertung von krankenhausalternativen Behandlungsmodellen aus Deutschland [6–8] benannt. Das Modell ist sektor- und sozialgesetzbuchübergreifend angelegt, beschreibt die notwendigen Funktionen unabhängig von der institutionell-organisatorischen Ausformung und Finanzierung und kann als Grundlage zur Analyse und Weiterentwicklung regionaler Strukturen eingesetzt werden. Es versteht sich als Open-source-Konzept: offen für neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Praxiserfah-

rungen und offen im Hinblick auf die institutionelle Umsetzung und die regionale Adaptation.

Inzwischen sind Entwicklungen eingetreten, die ganz auf der Linie des Funktionalen Basismodells liegen und zugleich Anlass zu seiner Weiterentwicklung geben:

- Änderungen des SGB V eröffnen neue Möglichkeiten für psychiatrische Kliniken, z. B. die Stationsäquivalente Behandlung (StäB, § 115 d Abs. 2 SGB V), wobei hier unter bestimmten Bedingungen auch andere gemeindepsychiatrische Leistungserbringer zugelassen sind [9].
- Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) stärkt das Selbstbestimmungsrecht und die Wahlmöglichkeiten der Leistungsempfänger. Die Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Eingliederungshilfeleistungen im Bereich Wohnen entfällt, an ihre Stelle treten die „Assistenzleistungen zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags“ (§ 78 SGB IX); außerdem wird die „ergänzende, unabhängige Teilhabeberatung“ eingeführt (§ 32 SGB IX).
- Der Sachverständigenrat der Bundesregierung zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen gibt in einem Teilgutachten zur „Koordinierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ 2018 u. a. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgung: die gesonderte Vergütung der Koordinierungsverantwortung und ihre Fokussierung bei einem Leistungsanbieter sowie der

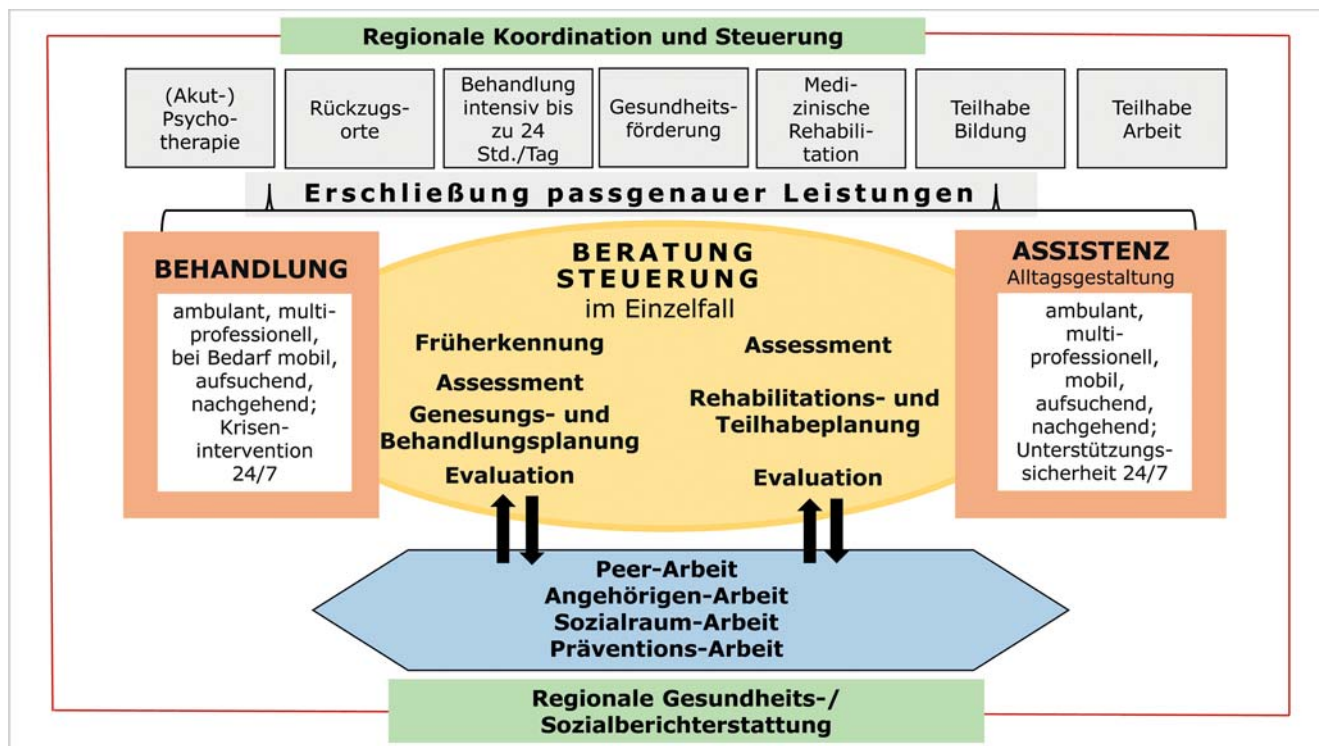


Abb. 1 Funktionales Basismodell 3.0 © Prof. Steinhart und Prof. Wienberg, Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern.

forcierte Aufbau ambulanter Kapazitäten, z. B. in Form von „Regionalen Gesundheitszentren“ für die Primär- und Langzeitversorgung, einschließlich intensiver ambulanter Angebote [10].

- Die S3-Leitlinie ist 2019 aktualisiert worden [11] und bildet die aktuelle Benchmark zur Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland.
- Das Bundesministerium für Gesundheit hat zu einem Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch kranke Menschen eingeladen; die Ergebnisse liegen noch nicht vor, deuten aber auf eine Stärkung des ambulanten Sektors hin.

Parallel zu diesen positiven fachlichen Entwicklungen und erweiterten Umsetzungsmöglichkeiten in der Praxis geht die psychiatrische Angebotslandschaft den entgegengesetzten Weg: Die wissenschaftliche Evidenz wird nur in sehr begrenztem Umfang in den Alltag gebracht, die Zahl der Heimplätze vermindert sich nicht, der Ruf nach geschlossenen Heimen wird lauter, die Zahl der Krankenhausbetten und Forensikplätze steigt kontinuierlich, größere Gruppen von Menschen mit schweren psychischen Störungen, wie z. B. wohnungslose Personen oder Menschen in Strafhaf, profitieren kaum oder gar nicht von psychiatrischen Behandlungs- und Teilhabeleistungen [12]. Nach wie vor sind die Probleme der Heimunterbringung fern vom Wohnort und der Fehlplatzierung in Pflegeheimen ungelöst.

Vor diesem Hintergrund wird das Funktionale Basismodell hier in einer überarbeiteten Form vorgestellt (► Abb. 1) mit dem Ziel, einen Minimalstandard für die Neuausrichtung regionaler psychiatrischer Angebotslandschaften zu etablieren.

► Tab. 1 enthält eine Kurzbeschreibung der einzelnen Funktionen, Hinweise zu den fachlichen Grundlagen sowie die Angebotstypen, die zur Abdeckung der jeweiligen Funktion beitragen können.

- Die drei Kernfunktionen des Modells sind weiterhin
- die *personenbezogene Beratung und Steuerung* des Leistungsgeschehens im Quer- und im Längsschnitt,
 - die ambulante, multiprofessionelle, bei Bedarf mobile und nachgehende Behandlung und Teilhabe-Assistenz durch *Gemeindepsychiatrische Teams* für Behandlung und Teilhabe-Assistenz (GTs) in Verbindung mit
 - der *Erschließung passgenauer ergänzender Leistungen*.

„Beratung“: Insbesondere von den Nutzenden wird gefordert, dass vor einer Behandlung grundsätzlich eine Orientierung und Beratung über die Behandlungsalternativen, ihre Vor-/Nachteile und Risiken stehen sollte und auch der Teilhabe-Assistenz immer eine Beratungsleistung vorangehen sollte. „Steuerung“ heißt hier zum einen die Verknüpfung und Koordination der Einzelleistungen unterschiedlicher Leistungserbringer „(wie) aus einer Hand“ auf Systemebene und zum anderen der Aufbau einer langfristigen, stabilen Beziehung einer Bezugsperson bzw. eines Teams auf der Personenebene.

Mit der Unterscheidung von „Behandlung“ und „Assistenz“ werden die beiden Hauptstränge der ambulanten Versorgung aus dem SGB V bzw. SGB IX aufgegriffen. Bedingt durch die unterschiedlichen sozialrechtlichen Grundlagen haben sich diese Teilfunktionen zu institutionell separaten Strukturen entwickelt, die aus der Perspektive der Personenorientierung dringend überwunden werden sollten in Richtung auf eine organi-

► **Tab. 1** Funktionales Basismodell 3.0. Beschreibung der Einzelfunktionen.

	Funktion	aktuell mögliche Ressourcen
1.	<p>BERATUNG/STEUERUNG auf Personenebene: Niedrigschwellige Beratung, ggf. Früherkennung/-intervention, ggf. mit kurzfristiger Krisenintervention. Bedarfsfeststellung (Assessment), Genesungs-/Teilhabeplanung und Evaluation des Leistungsgeschehens, personenbezogene Koordination und Erbringung der Leistungen „wie aus einer Hand“ bei längerfristiger personeller und inhaltlicher Kontinuität. <i>S3-Empfehlung 14</i></p>	<p>unabhängige Teilhabeberatung, niedergelassene (Fach-)Ärzte, sozialpsychiatrische Dienste, Soziotherapie, Behandlungs- und Teilhabepanungen der Leistungsträger, Hilfeplan- bzw. Teilhabekonferenzen, koordinierende Bezugsperson, Case Management, Integrierte Versorgung</p>
2.	<p>BEHANDLUNG: Ambulant, multiprofessionell, bei Bedarf mobil und aufsuchend sowie nachgehend, einschließlich der Möglichkeit zur Krisenintervention 24 Std./7 Tage. <i>S3-Empfehlungen 10–14</i></p>	<p>Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), Medizinische Versorgungszentren (MVZ), niedergelassene Fachärzte in Verbindung mit weiteren Professionen wie z. B. ambulanter psychiatrischer Pflege und/oder Soziotherapie, Leistungen im Rahmen von Krankenhausbudgets (§ 64 SGB V) oder IV-Verträgen, Sozialpsychiatrische Dienste, Stationsäquivalente Behandlung (STÄB)</p>
3.	<p>ASSISTENZ zur Alltagsgestaltung: Ambulant, multiprofessionell, mobil, aufsuchend, bei Bedarf nachgehend. Alle Leistungen zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags, einschließlich der Tagesstrukturierung und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie der Vorbeugung und Bewältigung von psychosozialen Krisen, mit Unterstützungssicherheit 24 Std./7 Tage. <i>S3-Empfehlungen 16, 17</i></p>	<p>Gemeinde- bzw. Sozialpsychiatrische Zentren; unterstütztes Wohnen in der eigenen Wohnung, in Wohngruppen, in einem institutionellen Setting (offen/geschlossen), in Gastfamilien, ambulante psychiatrische Pflege, ambulante häusliche Pflege, Kontakt- und Begegnungsstätten, Tagesstätten</p>
4.	<p>Peer-Arbeit: Verbindliche Einbeziehung von Peers als Experten aus Erfahrung in die Beratung, Behandlung und Assistenz von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. <i>S3-Statement 2</i> <i>S3-Empfehlungen 1, 8, 9</i></p>	<p>Genesungsbegleitung (Peer-Support), Peer-Beratung, Peer-Selbsthilfe, Triologforen, Psychoseseinare</p>
5.	<p>Angehörigen-Arbeit: Verbindliche Einbeziehung von Angehörigen als Mitbetroffene und mögliche Ressource in die Behandlung und Assistenz schwer psychisch kranker Menschen. <i>S3-Empfehlung 8</i></p>	<p>Angehörigenselbsthilfe, Angehörigengruppen (professionell angeleitet), Angehörigen-Visiten, Triologforen, Psychoseseinare, Psychoedukation</p>
6.	<p>Sozialraumarbeit: Fallunspezifische Maßnahmen, um die vorhandenen sozialen Ressourcen einer Gemeinde/eines Quartiers zu nutzen, zu stärken und für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu öffnen. <i>Standards der sozialen Arbeit</i></p>	<p>Community Networking, Quartiersmanagement, Nachbarschaftszentren, Hausgemeinschaften</p>
7.	<p>Präventionsarbeit: Fallunspezifische Maßnahmen der universellen Prävention, die sich an die Bevölkerung eines Sozialraums oder Teile davon richten, um Kenntnisse über und den Umgang mit psychischen Krisen/Erkrankungen zu verbessern. Ottawa Charta, Präventionsgesetz</p>	<p>Informations-, Aufklärungs- und Antistigma-Kampagnen, Projekte in Schulen, Tage der offenen Tür, Teilnahme an Straßen-, Gemeinde- und Quartiersfesten, Wochen der Psychiatrie, spezifische Kunst- und Kulturangebote</p>
8.	<p>Gesundheitsförderung: Indizierte verhaltenspräventive Interventionen mit dem Ziel der Stärkung der körperlichen und psychischen Gesundheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ durch Förderung eines gesund erhaltenden Lebensstils und zur Prävention von insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen ▪ durch Förderung eines konstruktiven Umgangs mit der psychischen Erkrankung (psychoedukativ und recoveryorientiert). <p><i>S3-Empfehlungen 23–25</i> <i>S3-Statement 7</i></p>	<p>Institutionsgebundene oder institutionsübergreifende, i. d. R. manualisierte Gruppeninterventionen von mittelfristiger Dauer (8–14 Einheiten) in Arztpraxen, Tageskliniken, PIA, Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK), Wohnunterstützungssettings, auch Triologforen und Psychoseseinare</p>

► **Tab. 1** (Fortsetzung)

	Funktion	aktuell mögliche Ressourcen
9.	(Akut-)Psychotherapie: Niedrigschwellige Angebote von individueller ambulanter Psychotherapie in akuten Krisen, bei denen eine komplexe, intensive, multiprofessionelle Behandlung weder ambulant noch (teil-)stationär erforderlich ist. Angebote müssen ohne längere Wartezeiten verfügbar sein. Gruppenangebote sind möglich. <i>Leitliniengerechte Psychotherapie</i>	PIA, MVZ, psychotherapeutische Sprechstunden und Akutbehandlung bei niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten
10.	Rückzugsorte: Geschützte/schützende Milieus als Alternativen zur Aufnahme in die stationäre Regelversorgung in akuten Krisen und Krankheitsepisoden. Für Personen, die eine stationäre Behandlung oder eine Behandlung in ihrem sozialen Umfeld ablehnen bzw. bei denen letztere nicht möglich ist. Ergänzend/begleitend werden Behandlungs- und/oder Assistenzleistungen erbracht. <i>Ergebnisse aus IV-Verträgen</i>	Krisenplätze/-wohnungen in Angliederung an Wohnangebote der Eingliederungshilfe, Soteria-Stationen/Einrichtungen, Nachtkliniken, Gastfamilien
11.	Behandlung komplex, intensiv bis zu 24 Std./Tag (Teil-)stationäre komplexe und intensive Behandlung in einem geschützten/schützenden Milieu für Personen, bei denen die ambulante, multiprofessionelle Komplexbehandlung nicht erfolgversprechend bzw. nicht gewünscht ist. <i>Leitliniengerechte Behandlung</i>	psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen, Tageskliniken, tagesklinische Behandlung an 3 bis zu 7 Tagen/Woche, Halbtageskliniken, Akuttageskliniken
12.	Medizinische Rehabilitation: Längerfristige (bis zu 12 Monate), komplexe medizinisch-psychiatrische Therapie, stationär oder ganztägig ambulant; stabilisierend und trainierend, geht in der Regel fließend über in eine berufliche Reha (s. unter Teilhabe Arbeit). Hauptzielgruppe: jüngere früh und schwer erkrankte Personen, deren aktuell schwere Funktionseinschränkungen auch nach der Akut-Behandlung fortbestehen. <i>UN BRK Art. 26</i>	RPK
13.	Teilhabe Bildung: Unterstützende Beratung und Begleitung von insbesondere Jugendlichen und jungen Erwachsenen beim Erwerb von (hoch-)schulischen und beruflichen Bildungsabschlüssen (Supported Education). <i>S3-Empfehlung 22</i>	RPK, Berufsbildungswerke (BBW), Spezialisierte Berufskollegs, Angebote von BA/Jobcenter und/ oder Kommunen, z. B. Jugend-service mit spezialisierter Ausrichtung auf psychisch kranke Menschen
14.	Teilhabe Arbeit: Leistungen, um die Erwerbsfähigkeit entsprechend der individuellen Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und die Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. <i>S3-Empfehlungen 18–20</i>	Eingliederungsmaßnahmen der DRV und der KV, ambulante Ergotherapie, RPK, Berufliche Trainingszentren (BTZ), Berufsförderungswerke (BFW), Arbeitstrainingbereich Werkstätten für behinderte Menschen, Arbeitsbereich WFBM, Tagesförderstätten, Zuverdienstangebote, Unterstützte Beschäftigung (befristet), Integrationsfachdienste, Integrationsfirmen, integrierte Arbeitsplätze (andere Anbieter), Supported Employment (unbefristet)
15.	Regionale Koordination und Steuerung Systemebene: Alle Aktivitäten und Strukturen zur systembezogenen Koordination, Vernetzung und Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. <i>Ergebnisse diverser Modellprogramme, Landespsychiatriepläne, PsychKGs der Länder</i>	Psychiatrie-Beiräte, Psychiatrie-Koordinatoren, Gemeinde- bzw. Sozialpsychiatrische Verbünde, Arbeitskreise für Sozial- bzw. Gemeindepsychiatrie, psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, Arbeitsgemeinschaften der Suchthilfe etc.
16.	Regionale Gesundheits- und Sozialberichterstattung: Schaffung und fortlaufende Pflege der Grundlagen für die regionale Analyse und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung anhand definierter Indikatoren <i>Ergebnisse diverser Modellregionen</i>	regional einheitliche, indikatorengestützte Basisdokumentation, standardisierte Jahresberichte von Leistungsanbietern, Daten von Leistungsträgern auf kommunaler und Länderebene, gezielte Evaluations- und Versorgungsforschungsprojekte in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Instituten

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

satorisch-konzeptionelle Integration von Behandlung und Assistenz (siehe Empfehlung 14 der S3-Leitlinie). Organisatorisch kann dies z. B. durch die räumliche Unterbringung unter einem Dach, durch eine gemeinsame Leitung und eine (teilweise) gemeinsame Leistungserbringung oder eine übergreifende Trägerstruktur realisiert werden. Durch den Wegfall der Unterscheidung zwischen stationär und ambulant im BTHG entfällt die bisherige Ergänzungsfunktion „Teilhabe Wohnen“; sie wird jetzt mit der Teilfunktion „Assistenz“ abgebildet.

„Gemeindepsychiatrische Teams/Behandlung: Die Evidenz, die den Empfehlungen der S3-Leitlinie zu den GTs zugrunde liegt, stammt überwiegend aus dem angloamerikanischen Raum (vergl. [11], S. 35). Zu den primär aufsuchenden Modellen Home Treatment, Assertive Community Treatment und Intensive Case Management liegen derzeit etwa 60 randomisierte kontrollierte Studien vor, die die Wirksamkeit dieser Interventionen im Vergleich zur Standardbehandlung bezüglich unterschiedlicher Parameter gut belegen: Reduzierung von Behandlungsabbrüchen sowie von Häufigkeit und Dauer stationärer Aufnahmen, erhöhte Zufriedenheit mit der Behandlung bei Nutzenden und Angehörigen, Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus und eine größere Kosteneffizienz.

Gemeindepsychiatrische Teams/Teilhabe-Assistenz: In der Eingliederungshilfe hat die Multiprofessionalität eine lange Tradition, auch die mobile und bei Bedarf nachgehende Arbeit ist selbstverständlicher Teil der Assistenzpraxis. Zwar ist die Unterstützungssicherheit 24/7 bisher weitgehend an den Kontext Heim gebunden, aber es haben sich vielerorts bereits Strategien und Modelle entwickelt, um auch in der ambulanten Assistenz umfassende Unterstützungssicherheit sicherzustellen. Nach wie vor fehlt es jedoch an wissenschaftlich fundierter Evidenz zu den längerfristigen Wirkungen unterschiedlicher Assistenzsettings.

Die Teilfunktion „Früherkennung/-intervention“ wird derzeit in Deutschland von mindestens 16 speziellen Zentren realisiert [13]. Sie richtet sich auf Personen mit einem hohen Risiko, eine schwere psychische Erkrankung zu entwickeln und zielt darauf ab, diese schon vor der Erstmanifestation oder sehr früh bei einer Ersterkrankung zu beraten/zu behandeln. Im Statement 5 empfiehlt die Leitlinie, dass entsprechende Angebote stärker in den Fokus rücken und flächendeckend zur Verfügung stehen sollten. Dies sollte künftig in enger Verknüpfung mit den GTs geschehen. Bei der institutionell separaten Realisierung wird daraus eine „Ergänzende Funktion“ (s. u.). Ähnlich verhält es sich mit der Krisenbereitschaft an sieben Tagen in der Woche rund um die Uhr. Diese sollte für die Kernklientel der GTs von diesen selbst wahrgenommen werden, denn gerade in Krisensituationen ist die Kenntnis der Klienten und ihrer Lebensumstände eine wichtige Ressource. Sofern diese Funktion auf spezielle Organisationsformen ausgelagert wird, handelt es sich um eine „Ergänzende Funktion“.

Unabhängig davon, in welcher institutionell-organisatorischen Form die GTs umgesetzt werden, gehören vier *Querschnittsfunktionen* zu ihrem Aufgabenspektrum: die Zusammenarbeit mit Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen (fallspezifisch und fallunspezifisch) sowie die Sozialraum- und Präven-

tionsarbeit (fallunspezifisch). Kooperationsformen mit Angehörigen haben sich in Deutschland seit den 1980er-Jahren, die Peer-Arbeit seit den 2000er-Jahren entwickelt, beide Formen sind aber regional nach wie vor recht unterschiedlich ausgebaut. Für psychiatrische Präventions- und Sozialraumarbeit gibt es u. a. aufgrund der unzureichenden Finanzierung bisher kaum übergreifende Konzepte und Standards. Präventive Aktivitäten sollten in kommunale Public-Health-Strategien eingebettet sein und können sowohl primär- als auch sekundärpräventiv ausgerichtet sein. Sozialraumarbeit sollte auch die Unterstützung von Selbsthilfe und Selbstorganisation einschließen und Quartiere im Umgang mit psychischen Gesundheitsproblemen unterstützen. Sozialraum- und Präventionsarbeit können wirksam nur in anbieterübergreifenden Netzwerken umgesetzt werden.

Die Erschließung von passgenauen *Ergänzenden Funktionen* erfolgt in Abhängigkeit vom individuellen Bedarf:

- *Gesundheitsförderung* ist neu in das Basismodell aufgenommen worden. Dabei geht es um Interventionen zur Förderung der psychischen und körperlichen Gesundheit. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein erheblich erhöhtes Risiko von Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen und ihre Lebenserwartung ist durchschnittlich ca. 10 bis 15 Jahre niedriger als in der Allgemeinbevölkerung [14]. Dieses Risiko ist durch evidenzbasierte pharmakologische und psychosoziale, gesundheitsfördernde Interventionen potenziell beeinflussbar [15, 16]. Programme zur Förderung psychischer Gesundheit sind ausgerichtet u. a. auf die Stärkung von Resilienz und Recovery, die Förderung von Selbsthilfe- und Bewältigungsfähigkeiten und die Vorbeugung von Rezidiven. Insbesondere für strukturierte psychoedukative Interventionen liegt eine überzeugende internationale Evidenz vor.
- *Medizinische Rehabilitation* wurde als eigenständiges Element neu in das Modell aufgenommen, denn nach klinischer Behandlung reicht bei Personen mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen die ambulante Behandlung nicht aus, um Krankheitsfolgen zu überwinden bzw. eine drohende Behinderung zu vermeiden sowie Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bei der Umsetzung kommt der Sicherstellung der therapeutischen Kontinuität wie auch der Ausgestaltung in mobilen, flexiblen und individualisierten ambulanten und teilstationären Angebotsformen hohe Bedeutung zu. Die zur Verfügung stehenden Angebotstypen wie Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) sind bisher zu wenig verbreitet.
- *Teilhabe Bildung* ist ebenfalls neu in das Modell aufgenommen. Dies folgt dem BTHG, das eine neue Leistungsgruppe „Bildung“ enthält (vergl. § 112 SGB IX). Hiermit ist eine Grundlage geschaffen, um insbesondere für jüngere und früh psychisch Erkrankte Teilhabeleistungen zugänglich zu machen. Entsprechende Angebote sind teilweise erst zu entwickeln, wobei dem Übergang zwischen Kinder- und Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie (Transitionspsychiatrie) große Bedeutung zukommt [18].

Folgende Ergänzungsfunktionen blieben unverändert:

- *(Akut-)Psychotherapie*: Nach wie vor haben Menschen in akuten psychischen Krisen und mit schweren psychischen Erkrankungen einen erschwerten Zugang zu diesen Leistungen. Es bleibt abzuwarten, ob die Aufnahme der psychotherapeutischen Sprechstunde und der psychotherapeutischen Akutbehandlung in den Leistungskatalog der Psychotherapie-Richtlinie in 2017 neue Chancen eröffnen.
- *Rückzugsorte* zur Bewältigung von akuten Krisen richten sich an Personen, für die die stationäre Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus mit traumatisierenden bzw. kränkenden Erfahrungen verbunden sind und deshalb abgelehnt wird sowie solchen, bei denen eine Behandlung im häuslichen Umfeld nicht möglich oder von den Beteiligten nicht gewünscht wird.
- Die *(teil-)stationäre Behandlung* im psychiatrischen Krankenhaus wird weiterhin den „Ergänzenden Funktionen“ zugeordnet, weil in der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen die Sicherstellung der langfristigen, verlässlichen und kontinuierlichen ambulanten Behandlung und Assistenz im Vordergrund stehen sollte, während die akutklinische (teil)stationäre Behandlung intermittierenden Charakter hat. Eine Entscheidungshilfe, wann welche Form der Behandlung angezeigt ist, findet sich in der S3-Leitlinie ([11], S. 53; vgl. auch [17]).
- *Teilhabe Arbeit* ist eine Funktion, der in Anbetracht der hohen Zahl von schwer psychisch kranken Menschen, die keiner regelmäßigen Arbeit/Beschäftigung nachgehen, eine herausragende Bedeutung zukommt [19]. Dahinter steht ein breites Spektrum an Angebotstypen; bisher jedoch sind Angebote, die dem evidenzbasierten Paradigma „erst platzieren, dann trainieren“ folgen (s. [11], S. 63 ff.), zu wenig verbreitet.

Als das regionale Versorgungssystem übergreifende Funktionen wurden neu eingeführt:

- Eine gelingende *Regionale Koordination und Steuerung* auf Systemebene ist die Grundlage für eine erfolgreiche Umsetzung des Basismodells. Es ist daher dringend erforderlich, vorhandene Strukturen wie den Gemeindepsychiatrischen Verbund zu überprüfen und sie verbindlicher und wirksamer zu gestalten. Diese Aufgabe ist herausfordernd, denn steuerungsrelevante Entscheidungen werden im gegliederten System der sozialen Sicherung auf unterschiedlichen Handlungsebenen (Kommunen, Länder, Bund) und von unterschiedlichen Stakeholdern getroffen (Leistungsanbieter), die ihrer je eigenen Logik folgen. Dabei ist das psychiatrische Gesamtsystem selten im Blick, und es kommt im besten Falle zu Partialoptimierungen innerhalb von Subsystemen.
- Eine *Regionale Gesundheits- und Sozialberichterstattung* ist eine unverzichtbare Grundlage für die Analyse gemeindepsychiatrischer Versorgungssysteme und ihre Weiterentwicklung. Notwendige Grundlage dafür ist eine einheitliche Basisdokumentation von Struktur- und Leistungskennzahlen zur Lebensqualität und Teilhabesituation. Auch hier gilt es, die je eigenen Dokumentationsgewohnheiten und -logiken

verschiedener Leistungserbringer und -träger in Richtung regionaler Monitoringsysteme zu überwinden.

Aspekte der Umsetzung

Bei der Weiterentwicklung von Versorgungssystemen auf Basis des Funktionalen Basismodells muss auf die jeweils regional vorhandenen Angebotsressourcen zurückgegriffen werden (s. ▶ **Tab. 1**, letzte Spalte). Ein verbindlicher Umsetzungsprozess, in dem auch Vertreter von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen mitwirken, umfasst idealtypisch folgende Schritte:

- Verständigung der relevanten Anbieter auf gemeinsame Werte und Ziele sowie auf das Basismodell als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der regionalen Behandlungs- und Assistenzlandschaft.
- Definition der Versorgungsregion, ggf. von Unterregionen und Zielgruppen.
- Ist-Analyse der vorhandenen Angebote und Zuordnung zu den Funktionen des Basismodells.
- Bündelung von Ressourcen zur Bildung von GTs und Schaffung einer verbindlichen, rechtsfähigen Steuerungs- und Organisationsform mindestens für diese Kernfunktion.
- Ergänzung fehlender Funktionen und Erschließung entsprechender Ressourcen [20].

An diesen Schritten wird aktuell in mehreren Bundesländern in konkreten Projekten mit unterschiedlichen Schwerpunkten gearbeitet.

Bei der Bündelung von Ressourcen und der Integration der Leistungen unterschiedlicher Leistungserbringer und Träger lassen sich unterschiedliche Stufen der Verbindlichkeit unterscheiden:

- *Warenkorb*: Jeder Anbieter macht das Angebot, das er für richtig hält, solange es in Anspruch genommen wird. Der Warenkorb steht allen offen.
- *Versorgungsverpflichtung/GPV*: Alle relevanten Anbieter bekennen sich zur regionalen Pflichtversorgung aller Personen mit schweren psychischen Erkrankungen, schließen aber jeder für sich Verträge mit Leistungsträgern.
- *Räumliche Integration von Angeboten*: Verschiedene Anbieter führen ihre Angebote räumlich zusammen, um die personenbezogene Integration der Leistungen „unter einem Dach“ zu erleichtern.
- *Anbieterverbünde/Netzwerke*: Anbieter bilden Verbünde oder Netzwerke auf vertraglicher Basis zur Sicherstellung der Pflichtversorgung oder bestimmter Segmente davon, um eine Leistungserbringung „wie aus einer Hand“ sicherzustellen.
- *Regionales Versorgungsmanagement*: Ein rechtsfähiger „Träger der Träger“, z. B. eine Managementgesellschaft, stellt die Kernfunktionen aus einer Hand sicher und schließt Versorgungsverträge mit Leistungsanbietern und Leistungsträgern.

Letztlich dürfte die personenbezogene Integration des Leistungsgeschehens durch GTs eine organisatorische und rechtliche Integration der entsprechenden Leistungsangebote erfor-

derlich machen, denn es geht dabei auch um eine neue Ressourcenverteilung im Einzelfall und auf Systemebene. Die erforderliche Verlagerung von Ressourcen aus dem stationären Sektor in den ambulanten setzt voraus, dass diejenigen Akteure, die Leistungsangebote und damit Budgetanteile einbringen, auch als Mitentscheider beteiligt sind. Und der Leistungsanbieterverbund muss Verträge mit Leistungsträgern abschließen können, also rechtsfähig sein. Dabei bedeutet rechtsfähig nicht, dass bestehende Trägerstrukturen aufgelöst werden und in einem neuen Träger aufgehen. Vielmehr geht es um einen rechtsfähigen Verbund (weiter-)bestehender Träger. Tragfähige Modelle sind Managementgesellschaften, in die verschiedene Anbieter definierte Ressourcen einbringen und als Mitgesellschafter fungieren. Entsprechende gute Beispiele gibt es in Modellen der integrierten Versorgung dann, wenn mehrere Anbieter beteiligt sind.

Den kommunalen Gebietskörperschaften kommt bei der Entwicklung entsprechender Organisationsformen eine wesentliche impulsgebende und integrierende Rolle zu. Sie können und müssen die Leistungsangebote in ihrer Trägerschaft (z. B. ÖGD) oder Einflussosphäre (einschließlich Beteiligungen wie z. B. Kliniken) einbringen und darüber hinaus im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für Sozialplanung und Psychiatriekoordination im Prozess der Planung und Umsetzung der Funktionen in konkrete Angebote mitwirken, ggf. ihn federführend gestalten.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Gühne U, Becker T, Salize HJ et al. Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? *Psychiatr Prax* 2015; 42: 415–423
- [2] Steinhart I, Wienberg G. Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung. *Psychiatr Prax* 2014; 41: 179–181
- [3] Steinhart I, Wienberg G. Das funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe. *Psychiatr Prax* 2016; 43: 65–68
- [4] Steinhart I, Wienberg G, Hrsg. *Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde*. Köln: Psychiatrie Verlag; 2017
- [5] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde/DGPPN. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Springer; 2013
- [6] Steinhart I, Wienberg G, Koch C. Es geht doch! Krankenhausersetzende psychiatrische Behandlung in Deutschland – Praxiserfahrungen und Finanzierung. *Psychiatr Prax* 2014; 41: 454–460
- [7] Schmid P, Steinert T, Borbé R. Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatr Prax* 2013; 40: 414–424
- [8] Deister A, Wilms B. *Regionale Verantwortung übernehmen – Modellprojekte nach § 64b SGB V*. Köln: Psychiatrie Verlag; 2014
- [9] Gemeinsames Eckpunktepapier von 24 Fach- und Berufsverbänden zur Stationsäquivalenten Behandlung (Stäb). <https://dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2018.html>; zuletzt aufgerufen am 03.10.2019
- [10] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Gutachten 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. Kapitel 16: Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606>; zuletzt aufgerufen am 03.10.2019
- [11] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde/DGPPN. S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“. 2019; https://dgppn.de/_Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092cbfb138e6edcbcfcc277/S3-LL-PsychozTherapien_Langversion.pdf; zuletzt aufgerufen am 03.10.2019
- [12] Wienberg G. 40 Jahre Psychiatriereform in Deutschland – Auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie? *Sozialpsychiatr Inform* 2013; 43: 1–9
- [13] Leopold K, Nikolaidis A, Bauer M et al. Angebote zur Früherkennung von Psychosen und bipolaren Störungen in Deutschland. *Nervenarzt* 2015; 86: 352–358
- [14] Wienberg G, Reischies FM. Risiko für Leib und Leben. Somatische Krankheitsbelastung und frühe Sterblichkeit bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. *Sozialpsychiatr Inform* 2018; 48: 3–9
- [15] Wienberg G, Kremer G. Gesundheitsförderung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – Probleme und Perspektiven. *Sozialpsychiatr Inform* 2018; 48: 48–52
- [16] Richter D, Gühne U, Stein J et al. Die Effekte nicht-pharmakologischer, gesundheitsfördernder Interventionen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. *Psychiatr Prax* 2018; 45: 347–357
- [17] Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie/ DGKJP, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde/DGPPN. Eckpunktepapier „Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie“. <http://dgkjp.de/stellungnahmen-positions-papiere/stellungnahmen-2016/396-uebergang-zwischen-jugend-und-erwachsenenalter-herausforderungen-fuer-die-transitionspsychiatrie?tmpl=component&print=1&layout=default&page=> zuletzt aufgerufen am 03.10.2019
- [18] Koch-Stöcker S. Weichenstellungen – Noch ambulant oder doch besser stationär behandeln? In: Steinhart I, Wienberg G, Hrsg. *Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde*. Köln: Psychiatrie Verlag; 2017
- [19] Gühne U, Riedel-Heller SG. Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. DGPPN; 2015; https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6f086cca1fce87b992b2514621343930b0c398c5/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf; zuletzt aufgerufen am 03.10.2019
- [20] Borbé R, Steinhart I, Wienberg G. Von den Modellen zur Regelversorgung: Strategien zur Umsetzung des Funktionalen Basismodells. In: Steinhart I, Wienberg G, Hrsg. *Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde*. Köln: Psychiatrie Verlag; 2017