

Längle/Holzke/Gottlob/Raschmann

# Psychisch Kranke zu Hause versorgen

Handbuch zur Stationsäquivalenten  
Behandlung (StäB)

2., erweiterte und  
überarbeitete Auflage

**Kohlhammer**

**Kohlhammer**

## Die Autorinnen

**Prof. Dr. med. Gerhard Längle:** Psychiater und Psychotherapeut. Regionaldirektor Alb-Neckar im ZfP Südwürttemberg sowie Geschäftsführer der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik (PP.rt) und der Gesellschaft für Gemeindepсихiatrie (GP.rt) Reutlingen; Beteiligung an der Verhandlung der Rahmenvereinbarung auf Seiten der DKG, Sprecher der AG StäB der DGPPN; Verantwortlich für die Einführung und Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im ZfP Südwürttemberg und der PP.rt.

**Martin Holzke:** Pflegewissenschaftler, Pflegedirektor Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I Universität Ulm, Weissenau im ZfP Südwürttemberg; Koordinator der beiden Erprobungsprojekte sowie Mitglied der übergeordneten Arbeitsgruppe StäB; Koordinator der Arbeitsgruppe StäB der Deutschen Fachgesellschaft für psychiatrische Pflege (DFPP).

**Melanie Gottlob:** Magister Artium (M. A.) Pädagogik, Psychologie und Soziologie, Master of Arts (M. A.) Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, Koordination StäB und Stabstelle BTHG im ZfP Südwürttemberg, Mitglied der übergeordneten Arbeitsgruppe StäB.

**Svenja Raschmann:** Psychologin (M. Sc.), Wiss. Mitarbeiterin und Projektkoordinatorin der südlichen Studienzentren der AKtiV-Studie, Assistentin der Regionaldirektion Alb-Neckar sowie des Zentralbereichs Pflege und Medizin ZfP Südwürttemberg, Mitglied der übergeordneten Arbeitsgruppe StäB.

Mit Gastbeiträgen von Frau Dr. Johanna Baumgardt, Prof. Dr. Andreas Bechdorf, Prof. Dr. Isabel Böge, Dr. Raoul Borbé, A. D., Dr. Dieter Grupp und Rainer Höflacher.

Gerhard Längle  
Martin Holzke  
Melanie Gottlob  
Svenja Raschmann

# **Psychisch Kranke zu Hause versorgen**

Handbuch zur  
Stationsäquivalenten Behandlung (StäB)

2., erweiterte und überarbeitete Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten, d. h. u. a. Angaben von Medikamenten, ihren Dosierungen und Applikationen, verändern sich fortlaufend durch klinische Erfahrung, pharmakologische Forschung und Änderung von Produktionsverfahren. Verlag und Autoren haben große Sorgfalt darauf gelegt, dass alle in diesem Buch gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Da jedoch die Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss ist, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, können Verlag und Autoren hierfür jedoch keine Gewähr und Haftung übernehmen. Jeder Benutzer ist daher dringend angehalten, die gemachten Angaben, insbesondere in Hinsicht auf Arzneimittelnamen, enthaltene Wirkstoffe, spezifische Anwendungsbereiche und Dosierungen anhand des Medikamentenbeipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen und in eigener Verantwortung im Bereich der Patientenversorgung zu handeln. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

2., erweiterte und überarbeitete Auflage 2022

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-041142-5

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-041143-2

epub: ISBN 978-3-17-041144-9

# Geleitwort zur 1. Auflage

Seit vielen Jahren wird von Betroffenen, Angehörigen und Experten die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im häuslichen Umfeld gefordert. Auch die Psychiatrie-Enquête 1975 fokussierte auf den Leitgedanken, dass ambulante Behandlung auf jeden Fall den Vorrang vor der stationären Behandlung habe.

Die internationale Studienlage belegt, dass Behandlungsformen im häuslichen Umfeld, wie Hometreatment oder Assertive Community Treatment, evidente Wirksamkeitsnachweise im Vergleich mit der stationären Behandlung auf die Behandlungsbereitschaft sowie die Patienten- und Angehörigenzufriedenheit haben. Hinsichtlich Symptomreduktion und sozialer Funktionsfähigkeit sind sie mindestens gleichwertig gegenüber einer herkömmlichen stationären Behandlung. Aufsuchende Behandlungsformen ermöglichen darüber hinaus ein besseres Verständnis für den Einzelnen hinsichtlich Symptomatik, Verlauf, soziale Bedingungen und individuelle Bedürfnisse, da die Behandlung im unmittelbaren Lebensumfeld der Betroffenen stattfindet. Die unmittelbare Unterstützung im häuslichen Kontext scheint einen selbstverständlicheren Umgang mit der Krise zu ermöglichen, Patienten und ihren Angehörigen Sicherheit zu geben und deren Fertigkeiten im Umgang mit Problemen zu stärken.

Die S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen« der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) basierend auf der internationalen Studienlage empfiehlt ebenfalls eine Behandlung zu Hause mit hohem Evidenzgrad.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) hat der Gesetzgeber mit dem §115d SGB V Kliniken mit regionaler Pflichtversorgung die Möglichkeit gegeben, anstelle der vollstationären Behandlung eine neue Versorgungsform, die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung erbringen zu können. Zugleich eröffnet er die Chance, in geeigneten Fällen, insbesondere, wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, Leistungen an ambulante Träger zu delegieren.

Mit der stationsäquivalenten Behandlung hat der Gesetzgeber eine erste Tür geöffnet, die Krankenhausbehandlung weiter zu »ambulantisieren« und Behandlungsmöglichkeiten flexibler, je nach Krankheitsverlauf der Patient\*innen, auszurichten.

Mit der Möglichkeit, ambulante Leistungserbringer in die stationsäquivalente Behandlung mit einzubeziehen, ist ein erster Schritt in eine verbindliche, strukturierte, sektorübergreifende Kooperation möglich.

Trotz der offensichtlichen Vorteile dieser neuen Behandlungsform, die Kliniken mit regionaler Versorgungsverpflichtung seit dem 1. Januar 2018 umsetzen können, gibt es bei vielen Kliniken zahlreiche Fragen und Unsicherheiten bezüglich der Zielgruppen, der Umsetzung im eigenen Haus und der Finanzierung durch die Krankenkassen.

Die Leistungserbringer im ambulanten Sektor, Nervenärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, psychologische Psychotherapeuten, ambulante psychiatrische Pflege, ambulante Soziotherapie sowie Leistungserbringer aus dem SGB XII Bereich erleben darüber hinaus die Möglichkeit der stationsäquivalenten Behandlung als unnötige Kompetenzerweiterung des Krankenhauses in den ambulanten Sektor hinein, da sie selbst mit hoher Professionalität aufsuchende Angebote in Kontinuität der Betreuung und Koordination der Maßnahmen umsetzen.

Die DGPPN hat im Juni 2017 gemeinsam mit BDK, ackpa, LIPPs, DGGPP, BFLK und DFPP ein erstes Positionspapier zur Leistungsbeschreibung herausgegeben. Eine Arbeitsgruppe der Fachgesellschaften und Klinikverbände hat gemeinsam mit den Leistungserbringern aus dem ambulanten Bereich Empfehlungen erarbeitet, wie die Kooperation der Kliniken mit den ambulanten Leistungserbringern bei der stationsäquivalenten Behandlung umgesetzt werden kann. Dieses wurde im Mai 2018 veröffentlicht (► Anhang 1).

Vor dem Hintergrund der großen Chance, die StäB für die Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen bringen kann, und der gleichzeitigen Verunsicherung der Leistungserbringer ist das Handbuch zur stationsäquivalenten Behandlung eine hervorragende Initiative, ein kompaktes Nachschlagewerk mit sehr konkreten Anleitungen zur Umsetzung.

Den Autor\*innen und Herausgeber\*innen gilt Dank, dass sie die vielen Fragen, die in den motivierten Kliniken, die alsbald StäB umsetzen wollen, immer wieder gestellt werden, mit ihren internationalen und nationalen Erfahrungen anschaulich beantworten.

Gesetzliche Grundlagen, Vereinbarung der Selbstverwaltung, Beschreibung der Zielgruppe und vor allem eine sehr konkrete Anleitung zur Umsetzung, machen dieses Handbuch zu einem Grundlagenwerk stationsäquivalenter Behandlung. Die eigenen jahrelangen Erfahrungen aus den Zentren für Psychiatrie Südwürttemberg machen beim Lesen Mut, in den eigenen Kliniken das Projekt stationsäquivalente Behandlung umzusetzen.

Allen Autor\*innen und Herausgeber\*innen sei für diese Initiative gedankt, verbunden mit dem Wunsch, dass die Leser des Handbuchs motiviert werden, die Chance, die der Gesetzgeber uns mit den stationsäquivalenten Leistungen eröffnet hat, zeitnah umzusetzen, um die Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen um eine wesentliche Behandlungsform im häuslichen Umfeld zu ergänzen.

Dr. med. Iris Hauth

Geschäftsführerin und Ärztliche Direktorin der Alexianer St. Josephs Krankenhaus Berlin-Weißensee GmbH; als Past President Mitglied des Vorstandes der DGPPN

# Vorwort zur 2. Auflage

Liebe Leserinnen,

im Jahr 2018 wurde die 1. Auflage dieses Handbuchs erarbeitet und veröffentlicht. Damals war die stationsäquivalente Behandlung (StäB) in Deutschland noch weitgehend Neuland. Wir hatten aus den Modellprojekten einige Vorerfahrung gesammelt und gründeten darauf basierend unsere Konzepte. Aber erst wenige Monate später konnten wir auch konkrete Umsetzungserfahrung vorweisen. StäB wurde von vielen noch als ein sehr zartes Pflänzchen mit ungewisser Zukunft betrachtet.

Mittlerweile sind knapp drei Jahre vergangen und es ist, darin waren sich Autoren und Verlag einig, dringend notwendig, eine 2., stark überarbeitete Auflage herauszugeben. Denn wir wollen mit diesem Handbuch am Puls der Zeit sein, Sie mit den aktuellen Entwicklungen vertraut machen und der Umsetzung von StäB in Deutschland weiterhin neue Impulse geben.

In unseren Einrichtungen in Südwürttemberg können wir mittlerweile auf weit über 1.500 Behandlungen in dieser neuen aufsuchenden Form der Akutbehandlung zu Hause zurückschauen. Wir verfügen über persönliche Erfahrungen, über Zahlen und Fakten und auch über wissenschaftlich erhobene Rückmeldungen unserer Patientinnen. Aus dem Pflänzchen ist ein Baum mit tragfähigem Stamm und stabilen Ästen geworden.

Auf Bundesebene hat sich die anfangs kleine Interessengruppe StäB etabliert und führt als Facharbeitsgruppe der DGPPN eine lebhafte Diskussion um die beste Umsetzung von StäB und tauscht Erfahrungen und Konzepte aus.

Im Rahmen des Innovationsfonds des GBA wird die sogenannte AKtiV-Studie als multizentrische Studie zur umfassenden Erforschung der Implementierung und der Wirksamkeit von StäB durchgeführt. Studienbeginn war im Sommer 2020, erste Ergebnisse werden 2022 vorliegen (Baumgardt et al. 2020, 2021). Auch in den wissenschaftlichen Fachzeitschriften wurde StäB durch eine Reihe von Veröffentlichungen in den letzten beiden Jahren viel Aufmerksamkeit gewidmet. Die neueste Literatur ist in den Verweisen zu den einzelnen Kapiteln entsprechend eingearbeitet.

Manche Bundesländer haben sich in ihrer Landeskrankenhausplanung mit StäB befasst und in dem einen oder anderen Bundesland wurden klare und verlässliche Strukturen zur planerischen Umsetzung von StäB geschaffen.

Parallel zu diesen Entwicklungen wurde die neue Behandlungsform schon in ihren ersten beiden Umsetzungsjahren einem maximalen Stresstest ausgesetzt: Die Corona-Pandemie war auch für die Einführung und Entwicklung von StäB

eine Herausforderung. Zum einen hatten die Kliniken plötzlich ganz andere und grundsätzliche Probleme und Sorgen, zum anderen war die Frage zu beantworten, ob StäB unter Corona-Bedingungen möglich – oder vielleicht sogar geboten – ist.

Da sich all dies in den vergangenen drei Jahren entwickelt und ergeben hat, haben wir uns zu dieser 2. Auflage entschlossen.

Wir wollen weiterhin ein überschaubares, handhabbares und leicht zu lesendes Handbuch vorlegen. Aus diesem Grund haben wir an Stellen, wo neue Kapitel notwendig waren, alte Kapitel gestrichen oder ersetzt. Strategien und Konzepte wichen der Beschreibung von Umsetzungserfahrungen und bewährten Prozessen. Die o. g. neuen Themen wurden als eigene Kapitel aufgenommen. Gestärkt wurde auch der uns sehr wichtige Blickwinkel der Betroffenen, einerseits durch entsprechende Statements von Vertretern entsprechender Organisationen, andererseits durch die Darstellung von neuesten Forschungsergebnissen.

Wir hoffen, dass wir auch mit dieser Auflage Ihr Interesse getroffen haben und dass wir mit Ihnen gemeinsam der stationsäquivalenten Behandlung zu einer weiteren Verbreitung helfen können. Wir sind überzeugt, dass dies für unsere Patientinnen von hoher Bedeutung ist. Zudem haben wir die Erfahrung gemacht, dass der Arbeitsplatz psychiatrisches Krankenhaus durch StäB eine neue Attraktivität gewinnt.

Im Folgenden wird zur Bezeichnung gemischtgeschlechtlicher Personen und Gruppen aus Gründen der Lesbarkeit abwechselnd pro Sinnabschnitt die männliche und weibliche Form verwendet. Gemeint sind stets alle Geschlechter.

Südwürttemberg, im Herbst 2021

Die Autorinnen

## Literatur

- Baumgardt J, Schwarz J, Bechdorf A et al. (2021) Implementation, efficacy, costs and processes of inpatient equivalent home-treatment in German mental health care (AKtiV): protocol of a mixed-method, participatory, quasi-experimental trial. *BMC Psychiatry* 21(1): 173.
- Baumgardt J, Schwarz J, von Peter S et al. (2020) Aufsuchende Krisenbehandlung mit team-basierter und integrierter Versorgung (AKtiV). *Nervenheilkunde* 39(11): 739–745.

## Die Gastbeiträge

**Dr. phil. Johanna Baumgardt:** Sozialwissenschaftlerin (M. A.), Wissenschaftlerin und Forschungs Koordinatorin an den Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit Vivantes Klinikum Am Urban und Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Akademische Lehrkrankenhäuser Charité – Universitätsmedizin Berlin, wissenschaftliche Mitarbeiterin der AG Sozialpsychiatrische & partizipative Forschung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

**Prof. Dr. med. Andreas Bechdolf:** M. Sc. Gesundheitsökonomie und Krankenhausmanagement, Psychiater und Psychotherapeut. Chefarzt an den Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit Vivantes Klinikum am Urban und Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Akademische Lehrkrankenhäuser Charité – Universitätsmedizin Berlin.

**Prof. Dr. med. Isabel Böge:** Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Cheärztin der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, ZfP Südwürttemberg.

**Dr. med. Raoul Borbé:** MHBA, Psychiater und Psychotherapeut. Leitet den Regionalen Geschäftsbereich Arbeit und Wohnen Ravensburg-Bodensee, ZfP Südwürttemberg.

**A. D.:** StäB-Erfahrene

**Dr. med. Dieter Grupp:** MBA, Dipl. Psychologe, Psychiater und Psychotherapeut. Geschäftsführer ZfP Südwürttemberg und ZfP Reichenau.

**Rainer Höflacher:** Vorsitzender des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg (LVPEBW) e.V. Mitglied im Landesarbeitskreis Psychiatrie des Landes Baden-Württemberg, Ausschussmitglied im Hilfsverein für seelische Gesundheit BW.



# Inhaltsverzeichnis

Geleitwort zur 1. Auflage .....	5
Vorwort zur 2. Auflage .....	7
Die Gastbeiträge .....	9
1 <b>Einleitung</b> .....	15
2 <b>Gesetzliche Grundlagen und Vereinbarungen der Selbstverwaltung</b> .....	20
2.1   PsychVVG – Gesetz und Begründung .....	20
2.2   Rahmenvereinbarung zwischen DKG und GKV-Spitzenverband .....	32
2.3   Umsetzungsempfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) .....	37
2.4   OPS .....	49
2.5   Krankenhausplanerischer Umgang mit StÄB .....	53
3 <b>Kritische Einordnung</b> .....	57
3.1   Politische Einordnung .....	57
<i>Dieter Grupp</i>	
3.2   Einordnung in nationale und internationale Ansätze der aufsuchenden Behandlung .....	60
<i>Raoul Borbé</i>	
3.2.1   Historische Entwicklung: die Klinik als Ort der Behandlung .....	60
3.2.2   Aufsuchende Behandlung in Deutschland .....	61
3.2.3   Internationale Ansätze aufsuchender Behandlung ....	62
3.2.4   Zusammenfassende Einordnung .....	64
3.3   Einordnung der StÄB aus der Perspektive der Betroffenen ...	65
3.3.1   StÄB und weitere Aspekte von aufsuchender Hilfe aus Sicht des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg .....	65
<i>Rainer Höflacher</i>	
3.3.2   Erfahrungsbericht einer Psychiatrie-Erfahrenen mit StÄB .....	69
<i>A. D. im April 2021</i>	

3.4	Einordnung der StäB aus der Perspektive der Angehörigen	70
3.4.1	Bezug zu Fallbeispielen .....	70
3.4.2	Daten aus einer Zufriedenheitsbefragung .....	72
<b>4</b>	<b>Beschreibung der Zielgruppe .....</b>	<b>74</b>
4.1	Allgemeine Grundlagen .....	74
4.1.1	F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen .....	76
4.1.2	F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen .....	79
4.1.3	F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen .....	81
4.1.4	F30-F39 Affektive Störungen .....	83
4.1.5	F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen .....	86
4.1.6	F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen ...	88
4.1.7	F70-F79 Intelligenzstörung .....	90
4.2	Indikationsstellung und Therapiezielplanung .....	91
4.2.1	Indikation zur stationären Behandlung .....	91
4.2.2	Indikationsstellung zur stationsäquivalenten Behandlung (StäB) bei Vorliegen der stationären Behandlungsbedürftigkeit .....	95
4.2.3	Therapiezielplanung .....	97
4.3	StäB in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	99
	<i>Isabel Böge</i>	
4.3.1	Beschreibung der Zielgruppe .....	99
4.3.2	Indikationsstellung und Therapiezielplanung .....	107
<b>5</b>	<b>Einführung und Umsetzung der StäB .....</b>	<b>112</b>
5.1	Budgetierung und Ressourcenplanung .....	112
5.1.1	Personalbedarf und Kalkulation des Personalaufwandes .....	112
5.1.2	Technische Ausstattung .....	114
5.1.3	Verwaltung, Organisation und Logistik .....	116
5.2	Personalgewinnung .....	117
5.3	Personalorganisation .....	120
5.4	Dokumentation .....	123
5.5	Krisenplanung .....	125
5.6	MDK-Strategie .....	128
5.7	Finanzierungsstrukturen .....	130
5.8	Kooperation mit Niedergelassenen und Institutionen der Sozialpsychiatrie .....	132
5.9	Häufig gestellte Fragen .....	133

<b>6</b>	<b>Erfahrungen aus der Praxis sowie erste Forschungsergebnisse und Behandlungsdaten .....</b>	<b>139</b>
6.1	Beispielhafte Organisation und Aufbau eines StäB-Teams in Südwürttemberg .....	139
6.2	Routinedaten der bis Ende 2020 behandelten 1.000 Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie am ZfP Südwürttemberg und der PP.rt Reutlingen .....	142
6.3	Ergebnisse aus ersten Patientenbefragungen zur Behandlungszufriedenheit in StäB .....	147
6.4	Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung (AKtiV) – Eine multizentrische kontrollierte Beobachtungsstudie zur Evaluierung stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung .....	149
	<i>Johanna Baumgardt und Andreas Bechdorf stellvertretend für die AKtiV-Forschungsgruppe</i>	
6.5	StäB in Zeiten der Corona-Pandemie .....	154
<b>7</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick .....</b>	<b>158</b>
<b>Anhang</b>		
	<b>Anhang 1: Gemeinsames Eckpunktepapier zur stationsäquivalenten Behandlung (StäB) .....</b>	<b>163</b>
	<b>Anhang 2: Kriterienkatalog .....</b>	<b>171</b>
	<b>Anhang 3: Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in StäB .....</b>	<b>176</b>



# 1 Einleitung

Der Erfolg hat bekanntlich viele Mütter und Väter. Dies gilt auch für die Einführung der stationsäquivalenten Behandlung (StäB). Im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) kann sie seit dem 01.01.2018 durch psychiatrische Kliniken und psychiatrische Abteilungen mit Versorgungsverpflichtung in Deutschland durchgeführt werden.

Die Grundidee kann man bereits dem Bericht der Psychiatrie-Enquête von 1975 (Deutscher Bundestag 1975) entnehmen. Die Grundsätze der gemeindenahe Versorgung und der Leitgedanke »ambulant vor stationär« sind bereits dort zu finden, wenngleich eine Akutbehandlung im häuslichen Umfeld die Vorstellungskraft der Autorinnen zum damaligen Zeitpunkt noch überstiegen hat. Über die Einrichtung von Tageskliniken und psychiatrischen Institutsambulanzen wurde seitdem jedoch der Weg gebahnt in Richtung einer gemeindeintegrierten Versorgung psychisch kranker Menschen, unterstützt durch flankierende Maßnahmen in der Eingliederungshilfe und Pflege. Seit Beginn des dritten Jahrtausends war es im Rahmen von Modellprojekten nach § 140 SGB V (Integrierte Versorgung) und später nach § 64 b SGB V möglich, eine aufsuchende Behandlung zu Hause zu erproben und darin Erfahrungen zu sammeln. Die Intensität der Behandlung im häuslichen Umfeld sollte dabei immer deutlich höher sein, als dies durch die psychiatrischen Institutsambulanzen möglich war. In einzelnen Regionen konnten sogenannte Regionalbudgets vereinbart werden, die eine umfassende Erprobung solcher Strukturen mit fließendem Übergang zur stationären Behandlung ermöglichten (Faulbaum-Decke und Zechert 2010; Nolting und Hackmann 2012; König et al. 2010; Deister und Wilms 2014; von Peter et al. 2019; Schwarz et al. 2021).

Unterstützt wurden die positiven Erfahrungen aus den deutschen Modellprojekten durch die praktischen Erkenntnisse und die Forschungsergebnisse aus verschiedenen Formen des Hometreatment in den angloamerikanischen Ländern. Innerhalb des dortigen Gesundheitssystems sind aufsuchende Akutbehandlungsteams schon längere Zeit nachweislich erfolgreich im Einsatz (Johnson et al. 2008; Smith et al. 2008).

Viele in der Psychiatrie Tätige haben gemeinsam mit den Wohlfahrtsverbänden, den Verbänden der Angehörigen und der Betroffenen sowie manchen Gesundheitspolitikern seit langem darauf hingearbeitet, dass auch in Deutschland flächendeckend eine Akutbehandlung zu Hause ermöglicht wird. Dies ist nun mit dem PsychVVG und der darin beschriebenen Möglichkeit zur Einführung der StäB nach § 115 d SGB V umgesetzt. Die Details des Gesetzestextes waren

heftig umstritten – und auch heute sind nicht alle mit der endgültigen Version des Gesetzes zufrieden, da nicht alle Hoffnungen erfüllt werden konnten. StäB ermöglicht einen neuen, nach Ansicht der Autoren dieses Buches revolutionären, Schritt in der Versorgung psychisch Kranker (Längle 2018). Dennoch sind wir uns alle im Klaren darüber, dass dies noch nicht der letzte Schritt in der Überwindung der strukturellen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, stationärer und häuslicher Versorgung sein kann.

Der Weg vom Gesetz in die klinische Praxis ist weit. Die Erfahrenen wissen dies aus der Umsetzung von Gesetzen zur Trennung von Behandlungs- und Pflegefällen, zur Einrichtung der psychiatrischen Institutsambulanzen, der Erneuerung des Entgeltsystems (»PEPP« und »PPP-RL«) und anderen Gesetzen zur psychiatrischen Versorgung, zuletzt dem Bundesteilhabegesetz.

Es zeichnet sich ab, dass dies auch für StäB gilt. Viele psychiatrisch Tätige, viele Klinikträger und auch manche Fachverbände waren und sind zögerlich in der Umsetzung der neuen gesetzlichen Behandlungsmöglichkeit und dies aus verschiedenen Gründen: Es sind rechtliche, personelle, organisatorische und nicht zuletzt budgetäre Fragen zu berücksichtigen. Behandlungskonzepte müssen entwickelt und erprobt werden und auf die jeweilige Versorgungssituation zugeschnitten werden. Für viele ist die Arbeit im ambulanten Kontext, im häuslichen Umfeld und damit die aufsuchende ambulante Behandlung in der Gemeinde Neuland, das erobert werden will. Inzwischen gibt es über drei Jahre Erfahrungswerte aus dem klinischen Alltag von StäB, die Mut machen und zeigen, dass dies gut gelingen kann (Gottlob et al. 2021; Boyens et al. 2020).

Dieses Handbuch soll dazu beitragen, dass die Einführung und Umsetzung von StäB in der eigenen Einrichtung möglichst reibungslos funktionieren kann. Es will darüber hinaus Mut machen, diese Behandlungsform den Patientinnen zur Verfügung zu stellen und so einen weiteren Fortschritt in der Behandlung psychisch kranker Menschen zu ermöglichen.

Das Buch ist so aufgebaut, dass es den Weg vom Rahmen, den das Gesetz vorgibt, über die entsprechenden auf Bundesebene getroffenen verbindlichen Vereinbarungen bis hin zu den ganz konkreten Fragen der Organisation, der Budgetermittlung und der fachlichen Konzeption in der einzelnen Klinik nachzeichnet und nachvollziehbar macht. Wir stützen uns dabei zunächst auf die Gesetzestexte und auf die von den Organen der Selbstverwaltung ausgehandelten Rahmenvereinbarungen und Abrechnungsmodalitäten, auf ausgewählte Kommentierungen von Organen und Verbänden und auf die eigenen Erkenntnisse aus der Beteiligung an den entsprechenden Verhandlungen und Gesprächen.

Zur Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im klinischen Alltag können wir uns auf eigene jahrelange Erfahrungen mit einem IV-Modell in den Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie (ZfP Südwürttemberg) und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen (PP.rt) stützen. Darüber hinaus wurden im ZfP Südwürttemberg im Vorgriff auf die Umsetzung von StäB ab Herbst 2016 Erprobungsprojekte nach den Konditionen der heutigen StäB-Behandlung an zwei Standorten, einmal im ländlichen, einmal im städtischen Raum, durchgeführt. Dies geschah im Rahmen eines umfassenden Change-Management-Projektes, in dem unter Projektleitung der Autoren das ZfP Südwürttem-

berg und die PP.rt auf die Umsetzung der StäB-Behandlung ab 01.01.2018 vorbereitet wurden. Darauf aufbauend konnte im ersten Quartal 2018 an fünf unserer Klinikstandorte und damit in vier Landkreisen in Baden-Württemberg mit StäB begonnen werden. Inzwischen wurden in unseren Häusern weit über 1.500 Patienten in StäB behandelt. Dabei waren zunächst vielfältige konzeptionelle, organisatorische und personelle, aber auch rechtliche und finanzielle Fragen zu klären. Dies ist mittlerweile gut gelungen, die StäB ist längst in die Routine übergegangen. Dennoch gibt es immer wieder neue Situationen, Fragen, die erstmalig auftreten, und Problemlagen, die mit administrativer Fantasie und therapeutischer Kompetenz gelöst werden müssen. Dies gilt für alle Bereiche des Klinikapparates vom therapeutischen Team über das Controlling und das Personalmanagement bis hin zu den Verantwortlichen für den Fuhrpark und die IT. Einen Einblick in unsere Routinedaten und einzelne Forschungsdaten finden Sie in Kapitel 6 (► Kap. 6). Die Schritte zur Planung und Einführung von StäB in einer Klinik werden auf diesem Hintergrund in Kapitel 5 systematisch dargestellt (► Kap. 5). Auch in einem Sonderheft der Nervenheilkunde und einem weiteren Praxisbuch wurden hierzu aktuelle Beiträge veröffentlicht (Weinmann et al. 2020; Brieger und Bechdorf 2020). Auch dieses Kapitel wurde anhand der neuen Erkenntnisse u. a. zu Finanzierungsmodellen und der MDK-Thematik aus unseren Kliniken und anderen Häusern in Deutschland umfassend überarbeitet und aktualisiert.

Der relativ enge gesetzlich vorgegebene Rahmen für StäB mit einer Beschränkung auf die akut erkrankten und stationär behandlungsbedürftigen Patienten erfordert eine genaue Prüfung, was zum Leistungsspektrum der StäB gehören muss – und gehören kann. Nicht alle Erfahrungen oder Vorgehensweisen aus Hometreatment-Modellen können deshalb in StäB umgesetzt werden (Längle 2018; Becker et al. 2017; Lambert et al. 2017). Aber es ist ein sehr breites Behandlungsangebot für eine Vielzahl unserer Patienten möglich – und sollte diesen auch angeboten werden.

Der Schwerpunkt dieses Buches, wie auch der Rahmenvereinbarungen und der offiziellen Texte der Verbände, liegt in der stationsäquivalenten Behandlung erwachsener psychisch kranker Menschen. Viele Überlegungen und Regelungen gelten in gleicher Weise für den Kinder- und Jugendbereich, Besonderheiten sind jedoch zu beachten. Diese werden deshalb in einem gesonderten, völlig neu bearbeiteten und erweiterten Kapitel erläutert. Der Text baut auch hier auf jahrelangen Erfahrungen mit einem entsprechenden Forschungsprojekt und nun der dreijährigen Umsetzungserfahrung von StäB im Routinebetrieb bei Kindern und Jugendlichen auf (Boege et al. 2014; Corpus et al. 2014; Boege et al. 2015).

In einem Sonderkapitel (► Kap. 3) stellen befreundete Autorinnen einzelne Aspekte zu StäB aus ihrer speziellen Kompetenz und ihrem besonderen Blickwinkel dar. Hier ist auch die Stellungnahme des Vertreters des Betroffenenverbandes aus Baden-Württemberg enthalten.

In die Gestaltung des Buches wurden und werden weiterhin viele Fragen von Teilnehmern an Tagungen, Kongressen, Seminaren und Vorträgen einbezogen, die uns in den letzten Monaten und Jahren gestellt wurden und die zeigen, wo