

1 Stationsäquivalente Behandlung: Das Spiel ist eröffnet für eine Standardbehandlung der Zukunft

Gerhard Längle und Hans-Jörg Assion

1.1 Der Blick über den Spielfeldrand: Wegbereiter im In- und Ausland

In den letzten Jahrzehnten hat sich in vielen europäischen Ländern, insbesondere mit Systemen der Staatsmedizin, ein aufsuchendes Behandlungs- und Versorgungssystem entwickelt, das Elemente der stationsäquivalenten Behandlung enthält. Die klassische Trennung zwischen stationärem und ambulantem Geschehen (und damit zwischen Krankenhausbereich und dem System der Kassenärztlichen Vereinigungen) existiert in dieser Form beispielsweise in England nicht. Verschiedene multiprofessionelle Teams behandeln und begleiten in unterschiedlicher Intensität akut oder chronisch psychisch kranke Menschen. Übertragbare Vorerfahrungen ergeben sich im Wesentlichen aus den englischen »Crisis Intervention Teams« (CIT), welche die Intensität der stationären Behandlung in die aufsuchende Behandlung zu Hause übertragen und insofern stationersetzend tätig sind (Johnson 2013). Organisiert werden sie häufig aus den Kliniken heraus. In Deutschland gibt es verschiedene Modelle im Rahmen von Regionalbudgets, z. T. nach den Regularien der §§ 64b Abs. 3 SGB V und 140 a SGB V (Becker et al. 2008; Deister und Wilms 2014). Dabei sind die Modelle der integrierten Versorgung, bei denen ein Krankenhaus für eine bestimmte Patientengruppe eine Pauschalfinanzierung für die Gesamtheit der Krankenhausleistungen (psychiatrische Institutsambulanz, Tageskliniken, stationäre Behandlung) erhält, meist beschränkt auf einzelne Krankenkassen, in einem Einschreibemodell für die Versicherten. Sie sind zu trennen von sog. Regionalbudgets, wie sie seit vielen Jahren in der Region Itzehoe und neuerdings in Rheinland-Pfalz realisiert werden. Sowohl die z. T. noch laufenden Modellprojekte als auch die Regionalbudgets konnten sich, aus verschiedenen Gründen, bislang in Deutschland nicht durchsetzen. Die Erfahrungen mit einer aufsuchenden Behandlung, auch in schweren Krankheitsphasen und/oder krisenhaften Zuspitzungen, sind jedoch weitgehend positiv, sowohl aus Sicht der Patient:innen, als auch aus Sicht von Angehörigen und Behandelnden.

Die StäB-Behandlung von Kinder- und Jugendlichen und deren nationale und internationale Vorläufer soll in diesem Beitrag nicht gesondert betrachtet werden, hierfür wird verwiesen auf den ausführlichen Beitrag hierzu im Handbuch zur Stationsäquivalenten Behandlung von Längle et al. (2022).

1.2 Stationsäquivalente Behandlung: ein neues Spielfeld der Krankenhauspsychiatrie – das gesetzliche Regelwerk

Per Bundesgesetz (PsychVVG, Drucksache 18/9528 in Kraft getreten am 01.01.2017) wurde die stationsäquivalente Behandlung durch Veränderung der § 39 und 115d SGB V als neue Form der Akutbehandlung psychisch Kranker gleichrangig neben die teilstationäre und stationäre Behandlung gestellt. Durchgeführt werden darf sie im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie durch Krankenhäuser/Abteilungen mit Versorgungsverpflichtung.

Für die Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung werden relativ enge (und viel diskutierte) Grenzen gesetzt: Kernvoraussetzung ist die stationäre Behandlungsbedürftigkeit der Patient:innen. Nur so lange diese gegeben ist und die Voraussetzungen für eine Einweisung in die Klinik bestehen, kann alternativ dazu die aufsuchende, stationsäquivalente Behandlung zu Hause durchgeführt und abgerechnet werden. Weitere Festlegungen wie die Zusammensetzung des multiprofessionellen Teams, der tägliche Behandlungskontakt u. a. m. sind bereits im Gesetz niedergelegt und finden sich sowohl in der Bundesrahmenvereinbarung als auch in der OPS 9–701 wieder (Deutsche Krankenhausgesellschaft et al. 2017; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2021). Mit der Regelung der Details wurde, mit hohem Zeitdruck angesichts der drohenden automatischen Schiedsstellenbeteiligung, die Selbstverwaltung beauftragt, um das Gesetz zum 01.01.2018 in die Umsetzung zu bringen.

1.3 Die Ausformung des Regelwerkes durch die Selbstverwaltung – Regeln, Regelverstöße und ihre Folgen

In einem umfassenden Verfahren wurden die formalen Regeln zur Durchführung von StäB zwischen den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Krankenhäuser verhandelt. Viele Detailfragen, die bei dieser ganz andersartigen Behandlungsform neu zu bedenken waren, wurden intensiv diskutiert und, letztlich geeint, in der Bundesrahmenvereinbarung StäB niedergelegt (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2017). Die wesentlichen Elemente fanden im Anschluss daran Eingang in die OPS-Definition 9–701 und legen fest, dass vor Behandlungsaufnahme neben der grundsätzlichen stationären Behandlungsbedürftigkeit auch die Eignung des häuslichen Umfeldes nach verschiedenen Kriterien geprüft werden muss. Außerdem werden die Zusammensetzung des Behandlungsteams (mindestens drei Berufsgruppen) des Behandlungsablaufes (täglicher Kontakt, in der Regel vor Ort zu

Hause, einmal wöchentliche ärztliche Visite, wöchentliche multiprofessionelle Fallkonferenz u.ä.) festgeschrieben. Die im Haushalt lebenden erwachsenen Mitbewohner:innen müssen einverstanden sein und eine potenzielle Gefährdung des Kindeswohls berücksichtigt werden. Diese formalen Kriterien wurden und werden vom medizinischen Dienst im Auftrag der Krankenkassen in den verschiedenen Regionen intensiv überprüft. Ansonsten gilt, wie im stationären Setting, die Verantwortlichkeit für die Patient:innen an 24 Stunden über sieben Tage die Woche hinweg, verbleibt beim aufnehmenden Krankenhaus. Neu auftretende Erkrankungen sind im Behandlungskontext abzuklären und zu behandeln, alle bestehenden Erkrankungen sind, wie im Krankenhaus, mit zu behandeln. Eine ärztliche Eingriffsmöglichkeit muss jederzeit gegeben sein, ebenso die Aufnahmefähigkeit in einer im häuslichen Umfeld nicht zu bewältigenden Krisensituation.

Insgesamt können die Regularien als angemessen betrachtet werden angesichts der Zielgruppe der akut psychisch erkrankten Patient:innen. Leider nicht vorgesehen ist aber eine nach Ende der stationären Behandlungsbedürftigkeit ggf. hilfreiche Überleitungsbehandlung hin zum ambulanten Versorgungssystem durch eine Reduktion der täglichen oder wöchentlichen Kontaktfrequenz. Der Bruch in der Behandlungsintensität bleibt damit leider dem der stationären Behandlung vergleichbar.

Bei Verstößen gegen die Regularien greifen die aus dem stationären Kontext vertrauten Zahlungsabzüge der Krankenkassen für einzelne Behandlungstage oder den gesamten Behandlungsverlauf.

1.4 Das Budget – Möglichkeiten der Finanzierung des Spielbetriebs

Jedes psychiatrische Krankenhaus mit Versorgungsverpflichtung ist grundsätzlich berechtigt, StäB durchzuführen und abzurechnen. Aktuell steht dafür, wie für andere noch unbewertete PEPPs, eine pauschalierte Vergütung von 200,- Euro für die hilfsweise Abrechnung zur Verfügung. In der Regel wird aber vor Aufnahme der Tätigkeit oder zumindest im Startjahr im Rahmen der regulären Budgetverhandlungen ein Budget auch für diese Behandlungsform vereinbart. Die Regularien zur Budgetfindung sind grundsätzlich dieselben wie für den stationären und teilstationären Bereich, jedoch ohne die Rückgriffmöglichkeit auf klassische Psych-PV-Regularien. Sofern bereits StäB-Plätze krankenhaushausplanerisch zugewiesen wurden, erleichtert dies die Verhandlung. Die Verhandlungsinhalte sind entsprechend schiedsstellenfähig.

In Deutschland haben sich bislang zwei Modelle der Finanzierung von StäB durchgesetzt:

Zum einen die Vergütung mit festgelegten täglichen Vergütungssätzen. Dieses Modell wird bislang in allen Bundesländern außerhalb Baden-Württembergs favo-

riert. In Baden-Württemberg, dem Bundesland mit den bei weitem meisten Kliniken, die StäB 2021 bereits umgesetzt haben, wurde ein Vergütungsmodell vereinbart, das sich zum einen Teil aus einer Tagespauschale zusammensetzt, die alle Leistungen der Verwaltung, die Sachkosten und die Zeiten therapeutischen Personals ohne direkten Kontakt zu Patient:innen abdecken. Dieses 2018 erstmalig in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen verhandelte und dann landesweit übernommene Modell wurde 2021 minimal modifiziert. Der zweite Teil der täglichen Vergütung ergibt sich aus der nach Fachleistungszeiten abgerechneten tatsächlichen Leistung an den Patient:innen durch die Berufsgruppen: Ärzt:innen, Psycholog:innen, Spezialtherapeut:innen und Pflegekräfte. Fahrzeiten werden pauschal mit 40 Minuten pro aufsuchendem Kontakt vergütet. Diese Kombination aus festem Pauschalbetrag und leistungsabhängiger Vergütung bildet, nach der Überzeugung der in Baden-Württemberg Tätigen, die wechselnde Intensität der StäB-Behandlung, die sich am individuellen Patient:innenbedarf orientiert, in transparenter und auch sachgerechter Weise ab. Beim Einstieg in eine neue Behandlungsform erschien dies als gute Möglichkeit, den notwendigen Leistungsumfang trotz individueller Schwankungen, mittelfristig gut einschätzen zu können. Ein Umstieg auf eine einheitliche Tagesvergütung ist derzeit deswegen nicht geplant.

Insgesamt stellt, wie bei jeder neuen Behandlungsform die erste Budget-Verhandlung eine gewisse Hürde dar. Relevante Aspekte für die Vorbereitung dieser Verhandlungen sind u. a. in Längle et al. 2022 zu finden. Wie auch im stationären und teilstationären Bereich ist die Auseinandersetzung mit den Kostenträgern um eine auskömmliche Vergütung der für unsere Patient:innen notwendigen Leistungen nicht immer einfach, aber dringend geboten.

1.5 Ausstattung und Unterstützungsprozesse – im Hintergrund des Spiels

Wie jede gute Mannschaft benötigt auch ein StäB-Team eine gute Ausstattung und Unterstützung durch kundige Fachkräfte im Hintergrund. Für Kliniken, die bislang nicht oder, beispielsweise in der psychiatrischen Institutsambulanz, nur ansatzweise aufsuchend gearbeitet haben, stellt dies eine neue Herausforderung dar:

Zunächst sind auch für ein StäB-Team Räumlichkeiten vonnöten, in denen Teambesprechung, Dokumentation, Supervision, Weiterbildung u.ä. stattfinden kann. Auch für die Gestaltung der Pausen sind Räumlichkeiten notwendig. Bei einem ländlichen Versorgungsgebiet mit einer großen Ausdehnung kann ein zweiter Standort/Stützpunkt hilfreich sein (Längle et al. 2022). Wegstrecken von 30 km sind im ländlichen Raum gut zu bewältigen, für darüber hinausgehende Strecken sind ergänzende Lösungen erforderlich. Die Ausstattung mit Fahrzeugen (orientierend ein Fahrzeug pro drei StäB-Plätze), die technische Ausstattung

(Smartphone und Laptop) und eine elektronische Patientenakte sind notwendig oder zumindest äußerst hilfreich für eine problemlose Arbeitsorganisation. Ab zehn StäB-Plätzen ist ein spezialisiertes Programm zur Tourenplanung dringend zu empfehlen. Gerade bei auch tagesaktuell wechselnden Bedarfen seitens der Patient:innen, kurzfristigen krisenhaften Zuspitzungen, unerwarteten Ausfällen im Team u. a. ist eine solide und flexible Tourenplanung mit zeitnaher Information aller Betroffenen von hoher Bedeutung. Die anderen notwendigen Unterstützungsleistungen aus Verwaltung, IT, Personalabteilung, Apotheke, Labor usw. entsprechen denen des stationären, teilstationären oder ambulanten Krankenhausbetriebes.

Die Einbindung der StäB-Mitarbeitenden in die Organisationsstruktur des Krankenhauses kann sehr unterschiedlich sein. Die Modelle reichen von einem gesondert betriebenen, eigenständigen StäB-Team für alle Diagnosegruppen über die anteilige Anbindung an Ambulanzen/Stationen oder Abteilungen bis hin zur Durchführung der StäB-Behandlung aus spezialisierten Fachabteilungen heraus mit Mitarbeitenden, die alle auch in anderen Bereichen der Abteilung tätig sind (Gottlob et al. 2021; Längle et al. 2022).

Die für die jeweils eigene Klinik optimale Organisationsform ergibt sich aus den örtlichen Gegebenheiten und der jeweils eigenen Organisationsstruktur.

1.6 Die Mannschaft – Personalgewinnung und Teamgestaltung

Das Krankenhaus muss ein möglichst komplettes, multiprofessionelles Team, wie im Krankenhaus üblich, auch für die StäB-Behandlung vorhalten. An den Patient:innen müssen zumindest drei Berufsgruppen regelmäßig an der Behandlung beteiligt sein, diese sind auch in der wöchentlichen Fallbesprechung notwendig. In der Regel umfassen die StäB-Teams ärztliches, psychologisches, sozialpädagogisches und kreativtherapeutisches Personal, ergänzt durch Pflegekräfte. Nach den bundesweiten Erfahrungen ist die Zusammensetzung der Berufsgruppen ähnlich wie in den stationären Behandlungskonzepten, mit einer leichten Reduktion des Pflegepersonals zugunsten der Spezialtherapeut:innen (Gottlob et al. 2021). Häufig wird beschrieben, dass in vielen Krankenhäusern die Personalgewinnung zunächst nicht ganz einfach ist. Der Rückgriff auf erfahrene und motivierte Fachkräfte empfiehlt sich, eine gewisse Durchmischung mit in der ambulanten, aufsuchenden Begleitung oder Behandlung Erfahrenen (ambulant betreutes Wohnen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst u. ä.) erweist sich als hilfreich. Nach Einführung von StäB sind in der Folge motivierte, diese Behandlungsform für sich auswählende Mitarbeitende, in der Regel leicht zu finden. Die besonderen Herausforderungen des aufsuchenden Arbeitens, wie die erhöhte Selbständigkeit und Verantwortungsübernahme sowie die intensive Patient:innenbeziehung sind in der Vorbereitung zu berücksichtigen und entsprechende Kompetenzen zu vermitteln. Neben den im stationä-

ren Kontext üblichen Supervisionen und Weiterbildungen ist ausreichend Zeit auch für kurzfristige Abstimmungsprozesse im Arbeitsalltag vorzusehen. Erste Zufriedenheitsbefragungen im Rahmen von Dissertationsprojekten zu StäB weisen bereits auf eine recht hohe Zufriedenheit bei den Mitarbeitenden hin (Götz 2021). Auch werden von den Mitarbeitenden in StäB die Grenzen zwischen den berufssgruppenspezifischen Tätigkeitsbereichen als fließender wahrgenommen, da in der Regel stärker der aktuelle Bedarf als die formale Berufsgruppe des Mitarbeitenden in der Situation bei der Patient:in ausschlaggebend für die ausgeführten Tätigkeiten sind, was prinzipiell von Mitarbeitenden aber positiv erlebt wird (Holzke et al. 2020).

1.7 Sinn und Ziel – für wen spielen wir

Es stellt sich die Frage, wieso neben den eingeführten Behandlungsformen der teilstationären, vollstationären und ambulanten Behandlung, nun eine neue und nahezu ausschließlich in der Psychiatrie denkbare Behandlungsform eingeführt werden sollte. Dies hat mit den Besonderheiten psychischer Erkrankungen zu tun, die zum einen in der Regel nicht zu einer Bettlägerigkeit führen und zum anderen, auch bei schweren Verläufen, nicht in jedem Fall eine nächtliche Dauerbetreuung benötigen. StäB bietet sich an für die Menschen, die eine intensive, tägliche Behandlung benötigen, die aber für eine tagesklinische Behandlung zu krank sind, die dort notwendige Durchhaltefähigkeit nicht aufbringen und auch die für sie mit hoher Anstrengung verbundene »Kommstruktur« (tägliches in die Klinik Kommen) nicht nutzen können. In der stationsäquivalenten Behandlung ist eine aufsuchende Behandlung in beliebiger Intensität möglich, dabei bleibt das vertraute häusliche Umfeld mit all seinen Bezügen erhalten, die noch vorhandene Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit wird gestützt und die Familie, die Mitbewohner:innen und das soziale Umfeld können bei Bedarf niederschwellig in die Behandlung eingebunden werden. Daneben bietet sich StäB als Alternative zur stationären Behandlung an für Menschen, die durch die Unruhe und die vielfältigen Kontakte auf einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Station zusätzlich belastet und irritiert werden, die aufgrund von schlechten Erfahrungen oder auch Vorurteilen einer Aufnahme in eine psychiatrische Klinik reserviert gegenüber stehen oder diese sogar keinesfalls aufnehmen würden. Auch für Patient:innen, die aufgrund ihrer häuslichen Verpflichtungen (minderjährige Kinder, versorgungsbedürftige Angehörige, unversorgte Haustiere) nicht zu einer stationären Behandlung bereit wären, trotz dringender Indikation, ist StäB eine Lösung. Zur Vermeidung von einer richterlichen Einweisung gegen den Willen wird StäB von manchen Patient:innen als positive Alternative gewählt. Auch Personen, die, wie manche suchtkranke Personen oder auch Schizophreniekranken, die therapeutischen Programme im stationären Setting gut kennen und selbst mehrfach durchlaufen haben, profitieren durch die Behandlung im häuslichen Umfeld, da sie eine neue Art des Umgangs mit Rückfällen/erneuten Episoden ermöglicht und mit einer Stabilisierung des gesamten sozialen

Systems einhergeht. Dabei ist StäB nur möglich für die Zeit der akuten Behandlungsbedürftigkeit – so wie es auch für die vollstationäre Behandlung gilt.

1.8 Die Liga ist offen – Voraussetzungen für den Einstieg und weiterführende Informationsquellen

StäB will gelernt sein und muss eingeübt werden. Wie für jede andere neue Behandlungsform, die sowohl eine therapeutische als auch eine strukturelle Herausforderung darstellt, ist eine solide Vorbereitungsphase notwendig. Diese betrifft alle Ebenen des Krankenhausmanagements und der therapeutisch Verantwortlichen. Die Aufgabe ist bewältigbar und viele Kliniken haben diesen Schritt in den letzten drei Jahren getan. Aktuell sind rund 50 Kliniken im Bundesgebiet mit StäB in der Versorgung tätig, monatlich kommen neue Kliniken hinzu. Räumlich besteht derzeit ein gewisser Schwerpunkt in Baden-Württemberg mit rund 15 Kliniken, im Raum Berlin-Brandenburg mit ca. acht Kliniken und in Hessen, wo aktuell zehn Kliniken StäB bereits umsetzen oder kurz vor der Umsetzung stehen. Nordrhein-Westfalen, Bayern, Sachsen sind weitere Bundesländer, in denen sich StäB aktuell verbreitet (► Abb. 1.1).

Noch in wenigen Bundesländern gibt es eine systematische krankenhausplanerische Vorgehensweise. In Baden-Württemberg kann beispielsweise jedes psychiatrische Versorgungs Krankenhaus 15 StäB-Plätze beantragen. Diese werden, zusätzlich zur bestehenden Planbettenzahl genehmigt, wenn ein entsprechendes Konzept vorgelegt wird. Dieses Vorgehen dient der gezielten Förderung dieser innovativen Behandlungsform. Ihre Verbreitung wird vom Sozialministerium ausdrücklich unterstützt. In anderen Bundesländern werden Quoten für StäB als Anteil der stationären Planbettenzahl festgelegt, wie z. B. in Berlin. Manche Bundesländer gehen den Weg der Einzelfallgenehmigung, wie z. B. Bayern.

Auch die Haltung der Krankenkassen zu StäB ist je nach Bundesland recht unterschiedlich. Eine starke Zurückhaltung ist bei den bundesweit agierenden Krankenkassen des Verbandes der Ersatzkassen festzustellen, die landesweit organisierten AOKs und die regionalen Betriebskrankenkassen haben je nach Bundesland unterschiedliche Positionen, mit denen es umzugehen gilt. Grundsätzlich gilt, wie oben beschrieben, schlicht und einfach das Recht auf die Durchführung dieser Behandlungsform. Die Krankenkassen können sie maximal verzögern, jedoch nicht verhindern. Im Zweifel dürften die Schiedsstellen hier hilfreich sein, da sie sich in der Regel an geltendem Recht orientieren. In den meisten Fällen werden die Hindernisse jedoch nicht so groß sein, dass sie eine juristische Auseinandersetzung erfordern. Bei überzeugtem Auftreten des Krankenhausträgers und ausgereiftem therapeutischem Konzept dürfte der Umsetzung nicht viel im Wege stehen.

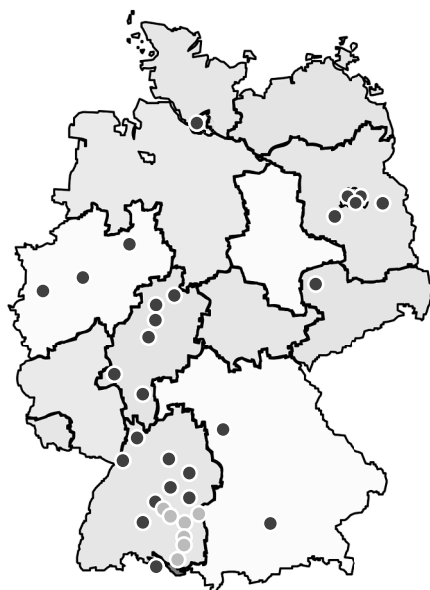


Abb. 1.1: Bundesweiter Umsetzungsstand der Stationsäquivalenten Behandlung – eine Übersicht aus dem bundesweiten Netzwerk (Längle und Raschmann 2021).

Die Krankenhäuser, die StäB derzeit betreiben, sind nahezu vollständig vertreten in der AG StäB der DGPPN (Sprecher Prof. Dr. Gerhard Längle, Zwiefalten/Reutlingen). Dort erfolgt ein regelmäßiger Austausch über grundsätzliche, strukturelle und konzeptionelle Fragestellungen sowie aktuelle Themen, auch zum Umgang mit Kostenträgern und dem Medizinischen Dienst. Die Kontaktdaten sind über die Geschäftsstelle der DGPPN zu erhalten.

StäB kann sowohl in der Allgemeinpsychiatrie, in der Suchtpsychiatrie, der Alterspsychiatrie und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit großem Erfolg eingeführt und umgesetzt werden. Erste wissenschaftliche Untersuchungsergebnisse weisen auf eine zumindest gleich hohe Zufriedenheit mit dieser Behandlungsform im Vergleich zur stationären Behandlung hin (Götz 2021; Tirelis et al. 2021). Auch die Zufriedenheit der Angehörigen mit StäB ist hoch, die zunächst befürchtete höhere Belastung der Angehörigen hat sich nicht bestätigt (Götz 2021; Götz et al. 2019; Hirscheck et al. 2019; Längle et al. 2022). Auch die Verbände der Psychiatrie-Erfahrenen bewerten StäB als eine weitere wichtige Möglichkeit psychiatrischer Akutbehandlung (Höflacher 2021 in Längle et al. 2022).

Details zur Indikationsstellung und deren exemplarische Darstellung an Fallbeispielen sind ebenfalls in der zweiten überarbeiteten Auflage des Handbuches zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) zu finden (Längle et al. 2022).

Weiterführende Literatur findet sich in Veröffentlichungen der letzten Jahre wie z. B.: Sonderheft der Nervenheilkunde (Brieger und Bechdorf 2020), Psychiatrische Krisenintervention zuhause – Das Praxisbuch zu StäB & Co (Weinmann et al. 2020), Psychisch Kranke zu Hause versorgen – Handbuch zur Stationsäquivalenten Be-

handlung (Längle et al. 2022). Eine Reihe von Forschungsprojekten an den StäB-durchführenden Krankenhäusern sind aktuell in der Umsetzung und finden sich ebenso in ersten Veröffentlichungen. Auch Praxisberichte einzelner Kliniken sind inzwischen veröffentlicht (Assion und Hecker 2020; Boyens et al. 2020; Knorr et al. 2020). Ein großes, umfassendes multizentrisches Forschungsprojekt, gefördert im Rahmen des Innovationsfonds ist die sog. »AktiV-Studie«, die vielfältige Fragestellungen im StäB-Kontext untersucht (Baumgardt et al. 2021). Daraus sind ab 2023 relevante Erkenntnisse zur Wirksamkeit von StäB, der Haltung von Patient:innen und Angehörigen sowie Mitarbeitenden dazu und Empfehlungen für die geeignetste Form von Organisation und Management zu erwarten.

1.9 Fazit

Zusammengefasst ist die Indikation für eine stationsäquivalente Behandlung immer individuell zu treffen, unter Abwägung aller anderen therapeutischen Möglichkeiten, der häuslichen Rahmenbedingungen (hier unter Beachtung der in der Bundesrahmenvereinbarung vorgegebenen Grundsätze) und verbunden mit der Frage, ob die Behandlung zu Hause einen besseren oder zumindest gleichwertigen Behandlungserfolg erwarten lässt. Es gibt keine Einschränkung bezüglich Diagnose oder Alter. Grundsätzlich sind alle ICD-Diagnosen in StäB zu behandeln. Absolute Kontraindikationen sind lediglich ausgeprägte akute Suizidalität ohne Absprachefähigkeit, schwere somatische Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit sowie eine Behandlung gegen den eigenen Willen im Rahmen des Unterbringungsrechts. Wenn Patient:innen voraussichtlich besonders von einem gruppenorientierten Behandlungskonzept profitieren würden, wie es auf Spezialstationen vorgehalten werden kann, ist StäB ebenfalls nicht die geeignete Behandlungsform, auch wenn Gruppenangebote in StäB möglich sind. Die Erfahrungen aus den rund 50 Kliniken, in denen StäB (Stand Winter 2021/22) derzeit durchgeführt wird, zeigt, dass StäB sowohl in der Allgemeinpsychiatrie, in der Suchtpsychiatrie, der Alterspsychiatrie und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit großem Erfolg eingeführt und umgesetzt werden kann.

Auch die Arbeitszufriedenheit bei den Mitarbeitenden ist nach bisherigen Untersuchungen hoch. Geschätzt wird insbesondere der enge Kontakt zu den Patient:innen, die intensive Begegnung und der Einblick in das häusliche Umfeld und damit die konkrete Einschätzung der Lebenssituation und der notwendigen therapeutischen Zielsetzungen.

Insgesamt kann aus der jetzt mehrjährigen Erfahrung mit StäB allen Kliniken die Aufnahme und Durchführung dieser besonderen Behandlungsform nur wärmstens empfohlen werden. StäB wird von den Betroffenen sehr geschätzt und von den Professionellen als sinnvolle und sehr hilfreiche Komplettierung der Möglichkeiten des Behandlungsspektrums angesehen. Die Implementierung von StäB als ver-

pflichtende Behandlungsform in den Regelbetrieb von stationären Behandlungseinrichtungen ist ein zukünftiges Erfordernis.

Literatur

- Assion H J, Hecker H (2020) Durchführung und Umsetzung von StäB in einer Großklinik. *Nervenheilkunde* 39(11): 720–724.
- Baumgardt J, Schwarz J, Bechdolf 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.
- Becker T, Hoffmann H, Puschner B et al. (2008) *Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Boyens J, Hamann J, Ketisch E et al. (2020) Vom Reißbrett in die Praxis – Wie funktioniert stationsäquivalente Behandlung in München? *Psychiatrische Praxis*.
- Brieger P, Bechdolf A (2020) Stationsäquivalente Behandlung: Konzepte, Erfahrungen und Perspektiven. *Sonderheft Nervenheilkunde* 39(11): 704–739.
- BT-Drucksache 18/9528 vom 05.09.2016 – Deutscher Bundestag (2016a) Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) 2018a. (<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809528.pdf>, Zugriff am 21. 12. 2021).
- Deister A, Wilms B (Hrsg.) (2014) *Regionale Verantwortung übernehmen. Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung (2017) Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V. (https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.8_Psychiatrie-Psychosomatik/2.3.8.2_Stationsaequivalente_psychiatrische_Behandlung/2017-08-01_Vereinbarung_StationsaequivalenteBehandlung.pdf, Zugriff am 21. 12. 2021).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2021) OPS Version 2021. (<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2021/block-9-70...9-70.htm>, Zugriff am 21. 12. 2021).
- Gottlob M, Holzke M, Raschmann S et al. (2021) Stationsäquivalente Behandlung – Wie geht das? Umsetzungsstrategien aus acht psychiatrischen Fachkliniken und -abteilungen in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*.
- Götz E (2021) *Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im städtischen Raum*. (Dissertation).
- Götz E, Hirschek D, Gottlob M et al. (2019) Zufriedenheitsbefragung von an der stationsäquivalenten Behandlung beteiligten Personen. DGPPN-Kongress, Berlin, 27.11.–30.11. 2019.
- Hirschek D, Götz E, Gottlob M et al. (2019) Stationsäquivalente Behandlung – Wer entscheidet sich für die neue Behandlungsform, wer könnte profitieren? DGPPN-Kongress, Berlin, 27.11.–30.11. 2019.
- Höflacher R (2022) StäB und weitere Aspekte von aufsuchender Behandlung aus Sicht des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg, in: Längle G, Holzke M, Gottlob M et al. (2022) *Psychisch Kranke zu Hause versorgen – Handbuch zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB)*. 2. erw. und überarb. Aufl., S. 65–69. Stuttgart: Kohlhammer.
- Holzke M, Gottlob M, Längle G (2020) Stationsäquivalente Behandlung – Umsetzungserfahrungen der ersten zwei Jahre. *Psych.Pflege* 5/3: 11–15