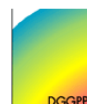
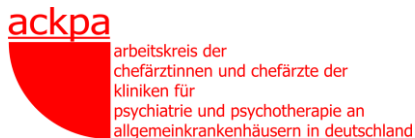


Gemeinsames Eckpunktepapier zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB)



Gemeinsames Eckpunktepapier zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB)

Aufsuchende Angebote im Lebensumfeld durch ambulante Leistungserbringer reduzieren stationäre Behandlungen und erhöhen die Lebensqualität von psychisch erkrankten Menschen und ihren Angehörigen. Das neue Angebot der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) erlaubt es nun auch allen Krankenhäusern mit Pflichtversorgung, Behandlung im Lebensumfeld anzubieten. Für den effektiven Einsatz der neuen Möglichkeiten haben die unterzeichnenden Fachgesellschaften und Verbände Prinzipien einer strukturierten sektorenübergreifenden Zusammenarbeit konsentiert. Dabei steht der betroffene Mensch mit seinem individuellen Behandlungsbedarf und seinem familiären und sozialen Umfeld im Mittelpunkt.

Hintergrund

Internationale Studien belegen, dass Behandlungsformen im Lebensumfeld, wie Home Treatment oder ACT-Teams stationäre Behandlungen und Behandlungszeiten wirksam reduzieren und die Behandlungsbereitschaft und damit die Zufriedenheit bei Patienten und Angehörigen erhöhen können. Zugleich sollte Sorge dafür getragen werden, dass die häusliche Belastung auch der Angehörigen nicht noch weiter anwächst. Auch die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ gibt eine klare Empfehlung für eine gemeindepsychiatrisch teambasierte, multiprofessionelle ambulante Behandlung ab. Neben der Unterstützung durch die Familie bieten im deutschen Versorgungssystem ambulante Leistungserbringer seit Langem mit hohem Engagement und hoher Professionalität aufsuchende Angebote im Lebensumfeld an. Daran beteiligen sich Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ambulante psychiatrische Pflege, Ergotherapeuten, ambulante Soziotherapie, Anbieter der Eingliederungshilfe und der Sozialpsychiatrischen Dienste sowie Experten aus Erfahrung (EX-IN).

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) hat der Gesetzgeber mit dem § 115d SGB V psychiatrischen Krankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäusern mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung eingeräumt, an Stelle der vollstationären Behandlung die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) im Lebensumfeld erbringen zu können. Insbesondere wenn es der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, können ambulante Leistungserbringer mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragt werden. Die Möglichkeit der Erbringung stationsäquivalenter Leistungen im Lebensumfeld des Patienten stellt eine Ergänzung der aktuell bestehenden Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen dar. Dabei ist diese Leistung wie die stationäre Behandlung durch einen definierten Beginn und ein definiertes Ende gekennzeichnet.

Die Bedingungen der Behandlung im Lebensumfeld, der Behandlungsteams, der Umfang der Patientenkontakte und die Anforderung an die Beauftragung von ambulanten Leistungserbringern sind in einer Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband, dem Verband der privaten Krankenversicherungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft festgelegt (§ 10).

In vielen Regionen besteht bereits eine gemeindepsychiatrische Kultur der vernetzten Kooperation aller Leistungserbringer, die es ermöglicht, insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und ihren Angehörigen eine wirksame lebensweltorientierte Behandlung und Unterstützung in ihrem gewohnten Lebensumfeld anzubieten. Im Interesse der Hilfesuchenden sollen dabei Doppelstrukturen und Aufspaltungen des Versorgungssystems so weit wie möglich vermieden bzw. abgebaut werden. Zudem ist es möglich bereits bestehende Leistungen von anderen Leistungserbringern in die stationsäquivalente Behandlung einzubinden. Bei der Implementierung der neuen Leistung StäB sollte deshalb die Integration dieses neuen Behandlungsangebots in die bereits bestehende psychiatrisch-psychosoziale Versorgungsstruktur unbedingt berücksichtigt werden.

Ziel dieses Eckpunktepapiers ist es – bei aller Diskussion über die Einführung eines neuen Behandlungselements und die mit den Krankenkassen zu verhandelnde Finanzierung – die eröffnete Chance zu einem solchen Schritt zu nutzen. Um eine gemeinsame Grundlage zur Verständigung jenseits von Leistungsanbietern und Berufsgruppen, über die Grenzen der Sektoren und Versorgungsbereiche hinweg zu ermöglichen, wird vom Bedarf der Patienten ausgegangen. An Stelle einer strukturellen tritt dadurch eine funktionale Beschreibung, die offen lässt, wie die Aufgaben regional bei sehr unterschiedlichen Versorgungsangeboten umgesetzt werden können.

Funktionale Beschreibung der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB)

Die unterzeichnenden Verbände und Fachgesellschaften haben ausgehend vom Bedarf der Patienten und angelehnt an das Funktionale Basismodell von Steinhart und Wienberg, die verschiedenen Funktionen in Behandlung und Betreuung definiert. Ein entscheidender Vorteil dieses Modells ist die Orientierung an Funktionen ohne die explizite Festlegung, welche Berufsgruppe oder welcher Sektor diese übernehmen können. Die Versorgungsplanung nach diesem Modell wird konsequent aus Sicht des Betroffenen im Kontext seines sozialen Umfelds gedacht. Damit können regionale Versorgungsunterschiede bei den Überlegungen zunächst vernachlässigt werden. Der funktionsbezogene Ansatz ist zudem auch für Angehörige und Betroffene attraktiver, da institutionszentrierte Aspekte für sie nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Die Stationsäquivalente Behandlung kann gut in die funktionale Beschreibung des Versorgungssystems als weitere Funktion eingefügt werden. Da sie aber eine andere Form der akuten Krankenhausbehandlung nach SGB V beschreibt sind hier andere Schwerpunkte zu setzen, als in der längerfristigen begleitenden Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen. Von

der Feststellung einer akuten psychischen Störung bis zur Entlassung ist in einem vergleichsweise kurzen Zeitraum eine Vielzahl von Interventionen in hoher Intensität erforderlich.

Eine funktionale Beschreibung des zeitlichen Ablaufs einer stationsäquivalenten Behandlung ermöglicht auch die Einbeziehung von ambulanten Leistungserbringern. Dazu wurden Funktionen aus dem Basismodell durch weitere ergänzt.

1. Aufnahmemanagement

- Die Initiative zur Klärung der Inanspruchnahme von StäB erfolgt durch den Betroffenen selbst oder das private und/oder (so vorhanden) professionelle Umfeld des Betroffenen (z. B. Angehörige und Freunde, Arzt, Psychotherapeut, Betreuer).
- Einer Indikation zur stationsäquivalenten Behandlung liegen die gleichen Kriterien zu Grunde, die auch für die Indikation einer vollstationären Behandlung gelten (Kriterien nach Gouzoulis-Mayfrank, Längle, Koch-Stoecker 2016).
- Die Einweisung mit Empfehlung zu StäB wird durch einen Facharzt oder Psychologischen Psychotherapeuten aus dem Vertragsärzteebereich oder aus der Klinik gestellt. Die Indikation für die stationsäquivalente Behandlung wird durch einen Facharzt aus der Klinik gestellt.
- Die Prüfung alternativer Behandlungsoptionen ist Teil der Indikationsprüfung und sollte immer unter Beteiligung bereits vorhandener ambulanter Ressourcen (z. B. Facharzt/Psychologischer Psychotherapeut, psychosoziale Dienste) erfolgen.
- Das Aufnahmemanagement erfolgt ortsungebunden durch Mitglieder des StäB-Teams (z. B. in der Wohnung des Betroffenen).
- Im Rahmen des Aufnahmemanagements muss stets geklärt werden, ob die Wohn- und Lebenssituation (z. B. in stationären Wohneinrichtungen, bei Obdachlosigkeit) des Betroffenen für eine StäB geeignet ist und ob mit ihm lebende Angehörige und andere mit ihm lebende Menschen mit einer solchen einverstanden sind.
- Alternative Behandlungsräume, z. B. Krisenwohnungen, können eine StäB auch bei Ablehnung durch die mit dem Betroffenen wohnenden Angehörigen oder einer problematischen Wohnsituation des Betroffenen möglich machen.

2. Berücksichtigung des Umfelds

- Der ressourcenorientierte Einbezug der Familie und des weiteren sozialen Umfelds (z. B. Offener Dialog oder andere systemische Ansätze) sollte ein Kernelement der StäB darstellen.
- Kinder und Angehörige, die mit dem Betroffenen zusammenwohnen, bedürfen einer gesonderten Einschätzung und Berücksichtigung des Unterstützungs-/Hilfebedarfs.
- Angehörige und/oder Freunde sind regelhaft in den therapeutischen Prozess einzubeziehen.
- Stabilisierungs- bzw. Belastungsfaktoren durch das soziale, familiäre Umfeld sind zu berücksichtigen.

3. Diagnostik

- Die klinisch-psychiatrische, psychotherapeutische und somatische Diagnostik erfolgt soweit wie möglich im Lebensumfeld und unter Einbezug der Ressourcen des Krankenhauses (Bildgebung, Labordiagnostik, Elektrophysiologie, Neuropsychologie u. a.).
- Ein somatisches Monitoring und ggf. eine Behandlung müssen sichergestellt werden.
- Zur Verlaufsbeurteilung sollten möglichst auch psychometrische Testungen zum Einsatz kommen, die im stationären Setting erfolgt sind.
- Das psychosoziale Assessment umfasst zunächst die Alltagsdiagnostik im Sinne der Funktionsbereiche des täglichen Lebens: Wohnen, Arbeit, Freizeit, Behandlung. Vorhandene Assessments, z. B. bei Klienten, die sich bereits in einer Maßnahme zur sozialen Teilhabe befinden, sollen berücksichtigt werden.

4. Therapie

- Die gemeinsame Definition von Behandlungszielen liegt neben diagnostischen Erkenntnissen der Behandlungsplanung und Informationen vom Betroffenen und aus seinem Umfeld einer bedürfnisorientierten Therapie zu Grunde.
- Die spezifische Behandlung erfolgt ressourcen- und defizitorientiert durch die Berufsgruppen, die in der OPS für die StäB beschrieben sind.
- Die Therapie findet in enger Abstimmung zu anderen Behandlungs-, Pflege-, Rehabilitations- und Teilhabeleistungen statt.
- Wichtige Elemente einer StäB sind die Stabilisierung des Patienten in seinem Lebensumfeld sowie die Förderung der Selbstversorgungs- und Arbeitsfähigkeit und der Teilhabe in der Gesellschaft.
- Krisen, die in einer StäB auftreten, sollten durch eine Intensivierung der StäB aufgefangen werden. Bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung kann eine vollstationäre Aufnahme notwendig werden, möglichst unter Beibehaltung der Behandlungskontinuität des StäB-Teams.

5. Planung und Vorbereitung weiterführender Behandlungs-, Rehabilitations- und Teilhabeleistungen

- Im Sinne einer modernen Rehabilitation ist, vom psychosozialen Assessment ausgehend eine frühzeitige Rehabilitations- und Teilhabeplanung wichtig für eine möglichst nahtlose Ein- oder Weiterführung bedarfsgerechter Hilfen oder Angebote der Rehabilitation.
- Zentraler Bestandteil einer solchen Planung sollte eine Konferenz unter Beteiligung aller Versorger sein, die schon in die Behandlung und Betreuung eingebunden sind bzw. eingebunden werden sollen.
- Betroffenen und Angehörigen bzw. Freunden sollte regelhaft die Teilnahme an der Planung ermöglicht werden, sofern dies vom Betroffenen gewünscht ist.
- Die Entlassplanung sollte wie bei der vollstationären Behandlung gestaffelt erfolgen, mit der Aufnahme beginnen und über den Verlauf angepasst werden.

- Bei eingetretener Stabilisierung ist eine Entlasskonferenz zur Überleitung in Anschlusstherapien/-hilfen indiziert, um einen möglichst direkten und verbindlichen Übergang in diese zu erreichen.

Zusammenfassung

Stationsäquivalente Behandlung ermöglicht nun auch Kliniken die Behandlung von Menschen mit akuten psychischen Störungen in ihrem Lebensumfeld und kann damit einen wichtigen Baustein auf dem Weg zur Versorgungsoptimierung darstellen. Dabei haben die unterzeichnenden Verbände Kriterien erarbeitet, welche eine bedarfsgerechte Versorgung des Patienten unabhängig vom Sektor beschreiben, in dem diese Leistung erbracht wird. Zusammenfassend lässt sich festhalten:

- Die Wirksamkeit von Behandlungsformen im Lebensumfeld ist international ausreichend belegt. Stationäre Behandlungszeiten können damit reduziert und Behandlungsbereitschaft und Patientenzufriedenheit erhöht werden.
- Kliniken haben nun die Möglichkeit, anstelle der vollstationären Behandlung die stationsäquivalente Behandlung im Lebensumfeld zu erbringen.
- Bisher erschwerten Schwellen zwischen den Sektoren eine nahtlose Weiterbehandlung eines Patienten bei Änderung des Behandlungssettings.
- Erfolgt bei der Umsetzung von StäB eine Orientierung ausschließlich am Behandlungsbedarf des Patienten (Funktionen), können Versorgungsstrukturen sowohl aus dem stationären als auch aus dem ambulanten Sektor zum Einsatz kommen.
- Diese Funktionen werden anhand der Bereiche „Aufnahmemanagement“, „Berücksichtigung des Umfelds“, „Diagnostik“, „Therapie“ sowie „Planung und Vorbereitung weiterführender Behandlungs-, Rehabilitations- und Teilhabeleistungen“ beschrieben.
- Die Möglichkeiten aufsuchender Behandlung und Betreuung im Lebensumfeld in Kooperation mit den verschiedenen Sektoren müssen so definiert sein, dass durch StäB keine Doppelstrukturen entstehen, sondern die neuen Möglichkeiten effektiv genutzt werden können.
- Darüber hinaus gilt es die StäB weiterzuentwickeln, so dass bei der Planung und Steuerung der Einbezug aller an der Versorgung Beteiligten gewährleistet ist.

Quellen

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2013) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Springer

Steinhart I, Wienberg G (Hrsg.) (2016) Rundum ambulant – Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie Verlag

Gouzoulis-Mayfrank E, Koch-Stoecker S, Längle G (2016) Kriterien stationärer psychiatrischer Behandlung. Leitfaden für die klinische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer

Gez.

Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN)

Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP)

Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. (BAG GPV)

Bundesdirektorenkonferenz e. V. (BDK)

Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V. (BFLK)

Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V. (BAPP)

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (BApK)

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BeB)

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE)

Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP)

ChefärztInnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an
Allgemeinkrankenhäusern (ackpa)

Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.

Deutscher Caritasverband e. V.

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e. V. (DFPP)

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik
und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V. (DPtV)

Diakonie Deutschland e. V.

Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (LIPPs)

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.