

1

## Die Erwartungen der Psychiatrieerfahrenen an die Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

Vortrag im ZfP Zweifalten am 15.5.2018

Rainer Höflacher

LV Psychiatrie-Erfahrener BW e.V.



2

## Was ist Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB)?

„Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung umfasst eine **Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld** durch **mobile fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams**. Sie **entspricht** hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und der Komplexität der Behandlung einer **vollstationären Behandlung**. Es handelt sich um eine integrierte multimodale psychiatrische Behandlung anhand einer ärztlich geleiteten Therapiezielplanung.“

§2 Abs. 1 der Vereinbarung zur StäB nach § 115d Abs. 2 SGB V zwischen DKG-GKV/PKV

LV Psychiatrie-Erfahrener BW e.V.

5/16/2018

## Kriterien laut Vereinbarung GKV/PKV mit Dt. Krankenhausgesellschaft (1v2)

1. Prüfung des häusl. Umfeldes (Faktoren oder Personen dürfen nicht entgegenstehen, Gefährdung Kindeswohl?, Möglichkeit 4-Augengespräch?)
2. Eltern-Kind-Behandlung angezeigt?
3. **Zustimmung des häuslichen Umfeldes/Einrichtung ist notwendig**
4. Behandlungsteam: Ärztl. Dienst + pflegerischer Dienst + mind. 1 weitere Berufsgruppe oder SpezialtherapeutIn
5. Verantwortung bei Facharzt
6. **Wöchentliche multiprof. Fallbesprechung**
7. **Mind. 1x täglich einen direkten Patientenkontakt**
8. **Wöchentliche ärztliche Visite mit direkten Patientenkontakt zuhause**

## Kriterien laut Vereinbarung GKV/PKV mit Dt. Krankenhausgesellschaft (2v2)

9. **Erreichbarkeit werktags im üblichen Tagesdienst**
10. **Ärztliche Eingriffsmöglichkeit an 24 h an 7 Tagen**
11. **Vollstationäre Aufnahme muss umgehend möglich sein**
12. **Beauftragung weiterer Leistungserbringer ist möglich**
13. Dokumentation: Aufnahmebefund, Anamnese, Therapiezielplanung, Verlaufsdocumentation, Gründe für ausgefallene Kontakte, namentliche Teilnahme an Fallbesprechungen,
14. Ergebnisse Prüfungen: Eignung häusl. Umfeld, Zustimmung im selben Haushalt/der Einrichtung, Gefährdung Kindeswohl/Säugling, Notwendigkeit Eltern-Kind-Behandlung

## Der LVPEBW und Hometreatment

- **Regio AG** Hometreatment 2013 in Stuttgart-Birkach
- **Brief an Krankenkassen** mit Gesprächswunsch (**LVPEBW+LVBWApK**) 9.9.2013
- **LVPEBW-Vortrag im Landesarbeitskreis Psychiatrie** BW 2013 → Hometreatment wird Schwerpunktthema 2014
- **Quadrologischer Brief ans Sozialministerium** mit der Bitte um Veranstaltung (LVPEBW + LVBWApK + LVGPBW + eva)
- **Hometreatmenttagung** ZfP Weissenau 13.3.2014
- Konsequenz aus Tagung Weissenau → Entstehung **AG Modellprojekte (Hometreatment)** nach § 64b SGB V am 8.5.2014
  
- Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (**PsychVVG**) seit 1.1.2017
- **Vereinbarung zur StäB** nach § 115d Abs. 2 SGB V zwischen DKG-GKV/PKV am 1.8.2017

## Hometreatmenttagung Weissenau 13.3.2014

### Gefordert damals:

1. HT auch für Sucht, Gerontopsychiatrie, psychisch erkrankte Kinder- und Jugendliche: für alle psychiatrischen Diagnosen
2. 24h an allen Tagen erreichbar und tätig
3. Keine Ausschlusskriterien apriori
4. Gute Vernetzung mit anderen Hilfsangeboten (keine Doppelstrukturen und Redundanz der Hilfen)
5. Förderung von Inklusion
6. Weitmöglichster Erhalt der Behandlerkontinuität
7. Diskussion: Niederfrequente längerfristige Behandlung auch nach der Krise?
8. Multiprofessionelle Teams
9. Grenzen setzen: Überfürsorge

## Was besser wird mit StäB für den Patienten (1v2)

1. Verbleib in gewohntem, vertrautem Umfeld und Bezügen
2. Soziales Umfeld bleibt erhalten und wird (hoffentlich) in die Behandlung einbezogen.
3. Die Behandler lernen den Patienten ganzheitlicher kennen
4. Erfüllung von (Alltags-)Pflichten, soweit möglich

## Was besser wird mit StäB für den Patienten (2v2)

5. Vermeidung von Hospitalisierung
6. Eventuelle eingeschränkte Mobilität des Patienten wird berücksichtigt
7. StäB kommt PatientInnen entgegen, denen die Situation auf einer Station nicht gut tut

## Mögliche Problemfelder mit StäB aus der Praxis

- Patient öffnet die Haustür nicht
- Patient ist nicht mehr absprachefähig
- Gesundheitszustand des Patienten verschlechtert sich
- Patient schafft es nicht sich zu versorgen
- Patient schafft es nicht im Krisenfall anzurufen
- Behandlung dauert länger als erwartet
- Angehörige sind überfordert
- ...

## Was ändert sich für die Behandler mit StäB?

1. Ganzheitliche Wahrnehmung des Patienten
2. Die Beziehung und die Haltung des Profis stehen jetzt mehr im Vordergrund, weil das rahmengebende stationäre Setting fehlt
3. Angehörige gewinnen an Bedeutung
4. Der Behandler ist jetzt Gast, der Patient ist Gastgeber
5. Der Behandler muss jetzt auch den Sozialraum im Blick haben
6. Der Behandler sollte kooperativ mit Profis anderer Träger zusammenarbeiten können
7. Die Eigenverantwortung des Behandlers steigt
8. Hilfen mit Alltagsbezug kommen hinzu

## Die Angehörigen im StäB-Fokus

1. Entlastung durch Einweisung oder Entlastung durch StäB?
2. Die Angehörigen zwischen Fürsorge und Selbstsorge
3. Angehörige als Unterstützer oder als Problem?
4. Angehörige als wertvolle Informationsquelle

Man kann es nicht oft genug sagen:

„Wer hilfreiche Angehörige hat, hat schon halb gewonnen!“

„Wer die Angehörigen unterstützt, der hilft auch dem Betroffenen!“

## Erwartungen an StäB 1v2

1. Durch gute Kooperation mit bestehender Gemeindepsychiatrie weitere Zersplitterung der Angebote vermeiden
2. Weniger Psychopharmaka
3. Termine auch in den Abendstunden und am Wochenende
4. Vorhaltung von Krisenbetten
5. Verhandeln statt Behandeln, recovery- und empowermentorientierte Haltung, verstehender Zugang
6. Einsatz von Peer-MitarbeiterInnen bzw. EX-IN-GenesungsbegleiterInnen

## Erwartungen an StäB 2v2

7. Gute und frühzeitige Entlassplanung
- 8. Nutzung der Umfeldressourcen (Netzwerkgespräche, Orientierung an Offenem Dialog)**
9. Möglichst Pünktlichkeit und personelle Kontinuität bei den Besuchen
10. Nutzung zusätzlicher Behandlungs- bzw. Therapieangebote der Klinik
11. Laufende ambulante Therapien müssen weiterhin nutzbar sein
12. Gewissenhafte personenzentrierte Prüfung, ob StäB oder Station
13. Umsetzung von StäB nur mit Einbezug der Nutzer

## Kritik an StäB

1. Warum in diesem Ausmaß klinikzentriert?
2. Reduzierung auf Indikation stationärer Aufenthalt → viele Hilfebedürftige werden ausgeschlossen
3. Hilfe erst, wenn Krise schon weit fortgeschritten. → keine präventive Wirkung
4. Keine Erwähnung von Peer-MitarbeiterInnen in der Vereinbarung
5. Keine Aussage zur fachlichen Haltung der BehandlerInnen
6. Kein StäB bei größeren Entfernungen. Lösungen finden für den ländlichen Raum!

## Zitat Arno Deister

### Präsident der DGPPN

„Die Stationsäquivalente Behandlung ist nicht der Weisheit letzter Schluss, aber sie ist ein Anfang“

Februar 2018 auf der Tagung „Die subjektive Seite der Schizophrenie“

Quelle: PSU/2-2018

## Fazit

- ▶ StäB als überraschende, zu begrüßende Wendung bei den Krankenkassen
- ▶ StäB: ein Paradigmenwechsel in der Klinik?
  - ▶ Vom medizinisch-biologischen zum ganzheitlichen Ansatz
  - ▶ Vom Behandeln zum Unterstützen
  - ▶ In Netzwerken und Systemen denken und handeln (Offener Dialog)
  - ▶ Psychiatrieerfahrene müssen bei der StäB-Umsetzung mitwirken

**Hometreatment ist keine Behandlungsform, sondern eine Haltung!**  
**StäB auch?**



## Danke für Ihre Aufmerksamkeit!



**Landesverband  
Psychiatrie-Erfahrener  
Baden-Württemberg e.V.**  
c/o Edeltraud Klingler  
Yorckstraße 27  
89077 Ulm  
[kontakt@lvpebw.de](mailto:kontakt@lvpebw.de)

Rainer Höflacher  
[hoeflacher@lvpebw.de](mailto:hoeflacher@lvpebw.de)