

Vorlage-Nr. 14/2800

öffentlich

Datum: 30.07.2018
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Herr Mertens/Frau Peek

Gesundheitsausschuss 07.09.2018 Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

**Erkenntnisse aus der Reise des Gesundheitsausschusses im Jahr 2017
hier: Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Kenntnisnahme:

Der Bericht der Verwaltung über den aktuellen Sachstand zur Entwicklung von Behandlungskonzepten in den Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LVR-Kliniken mit Berücksichtigung von Ergebnissen der Reise des Gesundheitsausschusses im Jahr 2017 wird gemäß Vorlage 14/2800 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des
LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK.

ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2020. ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:

Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
---	-----------------------------------

Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
---	-----------------------------------

Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:

Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten

In Vertretung

W e n z e l - J a n k o w s k i

Zusammenfassung:

In der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 17.11.2017 hat dieser darum gebeten, sich in einer der nächsten Sitzungen des Gesundheitsausschusses damit zu befassen, welche Erkenntnisse aus der Reise des Gesundheitsausschusses vom 20.- 22.06.2017 nach Südwürttemberg und in den Kanton Thurgau gezogen werden können.

Die Verwaltung berichtet mit dieser Vorlage über Erkenntnisse zu Themen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, die im Rahmen der Reise behandelt wurden. In diesem Kontext wurden Vorträge mit kinder- und jugendpsychiatrischer Fokussierung zu den Themen Hometreatment und Multisystemische Therapie gehalten.

Erkenntnisse des Hometreatment, wie es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Weissenau praktiziert wird, sind relevant für das Hometreatment im Rahmen des Modellvorhabens gemäß § 64 b SGB V der LVR-Klinik Bonn (DynaLIVE) und für die Stationsäquivalente Behandlung durch den Fachbereich für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LVR-Klinik Viersen. Beide Angebote an den LVR-Kliniken befinden sich noch in der Startphase, so dass über Erkenntnisse und Erfahrungen frühestens im Jahr 2020 beleuchtet werden können.

Für die in der Schweiz im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext praktizierte Multisystemische Therapie konnten in Deutschland drei Angebote gefunden werden, die alle als Jugendhilfemaßnahmen durchgeführt werden.

Die Möglichkeit einer Anwendung des lizenzierten und weitgehend formalisierten Verfahrens im kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungssetting müsste unter leistungsrechtlichen Aspekten geprüft werden, scheint aber vor dem Hintergrund der Finanzierungssystematik eines psychiatrischen Krankenhauses nicht übertragbar zu sein.

Diese Vorlage berührt insbesondere die Zielrichtungen 2 (Personenzentrierung) und 10 (Kindeswohl und Kinderrechte) des Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Begründung der Vorlage Nr. 14/2800:

Gliederung

1	Auftrag	2
2	Themen der Kinder- und Jugendpsychiatrie	3
2.1	Hometreatment – DynaLIVE.....	3
2.2	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB).....	5
2.2.1	StäB Option der Krankenhausbehandlung.....	5
2.2.2	StäB in der LVR-Klinik Viersen im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	6
2.3	Multisystemische Therapie	8
3	Ausblick	10

1 Auftrag

Mit Beschluss der Vorlage 14/705 hat der Landschaftsausschuss einer Studien- und Informationsreise des Gesundheitsausschusses nach Südwürttemberg und in den Kanton Thurgau (Schweiz) am 25.09.2015 zugestimmt und die Verwaltung mit der Ausarbeitung eines Reiseprogramms beauftragt. Der Gesundheitsausschuss hat in seiner Sitzung am 19.05.2017 dem vorgelegten Reiseprogramm mit den Reisezielen und dem Reiseablauf, wie von der Verwaltung mit Vorlage 14/1942 vorgelegt, zugestimmt.

In der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 17.11.2017 hat dieser darum gebeten, sich in einer der nächsten Sitzungen damit zu befassen, welche Erkenntnisse aus der Reise des Gesundheitsausschusses vom 20.- 22.06.2017 nach Südwürttemberg und in den Kanton Thurgau gezogen werden können.

Die Verwaltung berichtet mit dieser Vorlage über Erkenntnisse zu Themen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, die im Rahmen der Reise behandelt wurden. im Einzelnen zu:

- **Kinder- und Jugendpsychiatrie – das Projekt BeZuHG (Behandelt Zu Hause gesundwerden)**

*Frau PD Dr. Böge,
Kinder- und Jugendpsychiatrie Weissenau, Ärztliche Leitung
Projektleitung „BeZuHG“*

- **PsychVVG – moderne Konzepte – Das Projekt StäB**

*Frau Melanie Gottlob
Assistentin Leitender Ärztlicher Direktor, Projektkoordination StäB, ZfP
Südwürttemberg*

- **MST CAN, Aufsuchende Multisystemtherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

*Dr. med. Ute Fürstenau, Leitende Ärztin, Kinder- und Jugendpsychiatrische
Dienste Thurgau*

Weitere Programmpunkte der Reise bezogen sich auf Behandlungsthemen der Erwachsenenpsychiatrie und Querschnittsthemen, wie z.B. StäB (Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung), Modelle der Zwangsvermeidung und der Förderung von Partizipation, Vernetzung, Bettenreduktion durch ambulante Angebote. Über die Themen der Erwachsenenpsychiatrie und Querschnittsthemen berichtet die Verwaltung im Schwerpunkt mit separaten Vorlagen oder ergänzend mit anderen Berichtsformaten, z.B. mit einem Vortrag zu StäB in der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 07.09.2018.

2 Themen der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die meisten Themen der Reise des Gesundheitsausschusses weisen über den engeren Rahmen der stationären Behandlung in einem Krankenhaus hinaus und folgen Grundüberlegungen, die bereits unter den bekannten Schlüsselbegriffen „Enthospitalisierung“ und „ambulant vor stationär“ ausführlich diskutiert werden. Hometreatment und Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) sind dabei Konzepte, die im Wesentlichen an Stelle einer stationären Krankenhausbehandlung treten. Dies kann auch der Fall sein, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung durch eine dieser Behandlungsformen verkürzt und durch Hometreatment oder StäB ergänzt bzw. fortgesetzt wird.

Mit dieser Vorlage berichten wir über die beabsichtigte Umsetzung beider Konzepte im Rahmen der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der LVR-Klinik Bonn (Hometreatment) und des entsprechenden Fachbereiches der LVR-Klinik Viersen (StäB). Auf das Thema der Multisystemischen Therapie wird in einem dritten Unterpunkt eingegangen.

2.1 Hometreatment – DynaLIVE

Frau PD Dr. Isabel Böge (Chefärztin, ZfP Südwürttemberg, Kinder- und Jugendpsychiatrie Weissenau) hat im Rahmen des Besuchs des Gesundheitsausschusses beim ZfP (Zentrum für Psychiatrie, Baden-Württemberg) das dort vorgehaltene Angebot „Behandelt zu Hause gesundwerden (BeZuHG)“ vorgestellt. Es handelt sich dabei um ein Konzept von Hometreatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine vergleichbare Grundlage wird aktuell in der Abteilung für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPPP) der LVR-Klinik Bonn im Rahmen der „Dynamischen Lebensnahen Integrierten Versorgung (DynaLIVE)“, dem Modellvorhaben nach § 64b SGB V (**siehe Anlage 1**) der LVR-Klinik Bonn, eingeführt. Der Einführung in Bonn ging ein umfangreicher Informationsaustausch zwischen dem ZfP Südwürttemberg und der LVR-Klinik Bonn voraus. Insofern kommen in der KJPPP-Bonn Erkenntnisse aus dem während der GA-Reise 2017 vorgestellten Konzept unmittelbar zum Tragen.

DynaLive ist ein Konzept zur sektorübergreifenden Versorgung. Es nehmen folgende Krankenkassen teil: DAK, Barmer, KKH, hkk, HEK und TK. In der Summe stehen diese Kostenträger für ca. 45 % der Belegungstage der LVR-Klinik Bonn. Über das Modellvorhaben hat der Ärztliche Direktor der LVR-Klinik Bonn, Herr Prof. Dr. Banger, den Gesundheitsausschuss in seiner Sitzung am 17.11.2017 ausführlich informiert. Die Finanzierung von DynaLIVE erfolgt über Vergütungspauschalen, die für die einzelnen Patientinnen und Patienten von den Krankenkassen gezahlt werden.

Zum 1. Januar 2017 hat die Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie (AP II) im stationären Bereich mit der Umsetzung des Modellvorhabens begonnen. Es wurde zwischenzeitlich auf alle Abteilungen der Erwachsenenpsychiatrie ausgerollt. Die Abteilung für KJPPP der LVR-Klinik Bonn startete Mitte 2018 das „Hometreatment“ im Rahmen des Modellvorhabens.

Als Ziele von DynaLIVE nennt die LVR-Klinik Bonn die Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch sektorübergreifende Leistungserbringung. Es soll eine ganzheitliche, patientenzentrierte Versorgung etabliert werden, bei der die Behandlungskontinuität sichergestellt wird. Die Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten wird erreicht durch konstante therapeutische Beziehungen und den Einbezug des persönlichen Umfeldes. Dazu sollen die sektorübergreifende Leistungserbringung optimiert und stationsersetzende Maßnahmen ausgebaut werden, bis hin zu komplexen Behandlungen im häuslichen Umfeld, dem sogenannten Hometreatment.

Mit der Einführung des Hometreatment als Bestandteil der sektorenübergreifenden Versorgung im Rahmen des Modellvorhabens wird im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext eine hochspezifizierte und individualisierte Behandlung im häuslichen Umfeld des/der Patienten/Patientin und seiner/ihrer Familie ermöglicht.

Folgende Vorteile werden erwartet:

- Eine stationäre Behandlung kann somit verkürzt bzw. ganz vermieden werden.
- Ziel der Behandlung Zuhause ist es, durch spezifische Behandlungsimpulse die familiären Alltagskompetenzen im Umgang mit herausfordernden Verhalten der Kinder und Jugendlichen zu erhöhen und somit Entwicklungsmöglichkeiten für sie und ihre Eltern zu schaffen.
- Auch mit Krisensituationen soll dadurch im häuslichen Alltag ein kompetenterer Umgang erlernt werden.
- Kinder und Jugendliche können in ihrer gewohnten Schule verbleiben.
- Die Behandlung kann bedarfsgerechter, flexibler und damit personenzentrierter auf die einzelnen Patienten und Patientinnen ausgerichtet werden.
- Eine Hospitalisierung wird durch den Verbleib der Kinder und Jugendlichen im häuslichen Umfeld vermieden.

Eine intermittierende stationäre oder teilstationäre Behandlung kann bedarfsgerecht, damit zu jeder Zeit, zur Anwendung kommen.

Die Umsetzung des Hometreatment der KJPPP der LVR-Klinik Bonn ist zweigliedrig strukturiert. Eine Gruppe betrifft Patientinnen und Patienten, die von Beginn an ambulant versorgt werden. Dafür gibt es ein eigenes Behandlungsteam auf Seiten der Mitarbeitenden. Andere Mitarbeitende übernehmen das Hometreatment für Patientinnen und Patienten nach der stationären Phase. Diese sind idealerweise identisch mit Mitarbeitenden des vormals stationär zuständigen Teams.

Fallbeispiel

Anhand eines Fallbeispiels soll das Konzept des Hometreatment kurz vorgestellt werden.

F. ist zum Vorstellungszeitpunkt zwei Jahre alt. Die Eltern machen sich Sorgen um seine Entwicklung, da er sehr unruhig sei, keinen Blickkontakt zeige, nicht auf Ansprache reagiere und schnell wütend werde. Um eine gute diagnostische Einschätzung vornehmen zu können, durchläuft er unterschiedliche Untersuchungsverfahren. In seinem Fall wird er u.a. mit Videounterstützung in seinem Spiel- und Interaktionsverhalten mit den Eltern beobachtet, ein Entwicklungstest und eine autismusspezifische Diagnostik werden durchgeführt. Aufgrund der gesammelten Erkenntnisse wird bei F. die Diagnose „Frühkindlicher Autismus“ gestellt.

Die Behandlung von F. findet 1x wöchentlich zu Hause statt und umfasst 1,5 Stunden. Ein sehr wichtiger Behandlungsschritt ist die gute Aufklärung der Eltern darüber, was Autismus bedeutet und wie er sich im Alltag bei ihrem Kind zeigt. Gemeinsam mit den Eltern werden die nächsten Entwicklungsschritte abgesprochen und Behandlungsziele festgelegt. Aufgrund des noch sehr jungen Lebensalters des Jungen, ist eine eng verzahnte Zusammenarbeit mit den Eltern unabdingbar. Da F. noch zu wenig Laute produziert, stehen Sprachanbahnung und Interaktion aktuell im Vordergrund der Behandlung. Es wird versucht, den Alltag für alle zu erleichtern, in dem F. Fertigkeiten erlernt, die ihn in seiner Selbständigkeit und Interaktionsfähigkeit unterstützen. Im Alltag wird gemeinsam mit den Eltern nach Situationen gesucht, in denen diese Fähigkeiten eine Rolle spielen und „spielend“ geübt werden können, so dass es auch immer wieder zu Situationen gemeinsamer Freude und gegenseitigem Verständnis kommen kann. So wird gemeinsam nach Tätigkeiten gesucht, die F. große Freude bereiten oder stark sein Interesse wecken. Gut geeignet sind genau solche, die die Anwesenheit einer Betreuungsperson notwendig machen. Dadurch können verschiedene Fertigkeiten auf unterschiedlichen Ebenen und im direkten Lebensalltag geübt werden. Gute Erfolge werden mit Methoden aus der Verhaltenstherapie erreicht, die in den Lebensalltag eingebaut werden.

F. freut sich mittlerweile auf die Besuche und die Spielangebote. Seine Eltern stellen viele Fragen und versuchen, die gesehenen Behandlungstechniken in ihren Alltag einzubauen. Sie berichten, froh zu sein, ein Modell zu haben, in die Behandlung direkt involviert zu sein und Fragen sofort stellen zu können. Die Eltern werden direkt vor Ort beraten bei der Suche nach weiterführenden Unterstützungsangeboten (Kindergarten; autismusspezifische Therapie; Angebote der Behindertenhilfe). Es wird ein alternatives Kommunikationssystem (PECS) eingeführt, welches über den Austausch von Karten funktioniert. Es kann davon ausgegangen werden, dass F. dieses in der Zukunft nicht mehr benötigen wird.

2.2 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB)

2.2.1 StäB Option der Krankenhausbehandlung

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) als alternative Krankenhausbehandlungsform aufgenommen (§ 39 Absatz 1 SGB V). Dabei handelt es sich um eine komplexe psychiatrisch-psychotherapeutische Akut-Behandlung, die überwiegend im häuslichen Umfeld der Patientinnen und Patienten durch mobile ärztlich

geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams durchgeführt wird. Hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung entspricht die StäB einer vollstationären Behandlung.

In ihrem Vortrag „PsychVVG – moderne Konzepte – Das Projekt StäB“ informierte Frau Melanie Gottlob (Assistentin Leitender Ärztlicher Direktor, Projektkoordination StäB, ZfP Südwürttemberg, Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie Bad Schussenried, Weissenau, Zwiefalten, Reutlingen) den Gesundheitsausschuss zunächst über die rechtlichen Grundlagen zu der neuen Form der Krankenhausbehandlung bevor die kriteriengeleitete Indikationsstellung und der Umsetzungsstand am ZfP Südwürttemberg erläutert wurden.

Durch die Aufnahme der StäB in den § 39 SGB V, als eine Option der Krankenhausbehandlung, kann diese alternative Versorgungsform, unter Berücksichtigung und Erfüllung der Voraussetzungen nach § 115 d SGB V (**siehe Anlage 2**) von allen psychiatrischen Leistungserbringern mit regionaler Versorgungsverpflichtung anstelle einer vollstationären Behandlung erbracht werden. Der Bericht von Frau Gottlob zeigte allerdings deutlich die Komplexität bei der Vorbereitung und Implementierung der neuen aufsuchenden Krankenhausleistung, sodass sich das ZfP Südwürttemberg zunächst für ein Erprobungsprojekt an zwei Standorten mit maximal 5 Patientinnen und Patienten entschieden hat.

Eine Berichterstattung (Vortrag) über die Möglichkeiten des Angebotes von stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen und vergleichbare Projekte in den LVR-Kliniken erfolgt in der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 07.09.2018. Mit dem Fokus auf Themen der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird in dieser Berichtsvorlage ein entsprechendes Projekt des Fachbereichs für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LVR-Klinik Viersen, welches sich derzeit in der Umsetzung befindet, vorgestellt (vgl. Spitzcok von Brisinski, I., 2018).

2.2.2 StäB in der LVR-Klinik Viersen im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Seit dem Besuchstermin des Gesundheitsausschusses im ZfP sind wesentliche Entscheidungen zur Umsetzung der neuen stationersetzenden Krankenhausleistung getroffen worden, die in dem StäB-Konzept der LVR-Klinik Viersen Berücksichtigung fanden.

Grundlagen für die neue Versorgungsform sind der im Mai 2017 veröffentlichte OPS Code 9-801 für StäB bei Kindern und Jugendlichen, der die Leistungsbeschreibung der aufsuchenden Behandlung gemäß § 115 d Abs. 3 SGB V abbildet, sowie die im August 2017 auf Bundesebene abgeschlossene Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115 d Abs. 2 SGB V.

Die darin formulierten Anforderungen finden in dem Konzept der KJPPP Berücksichtigung und werden im folgenden organisatorischen Rahmen umgesetzt:

- Grundsätzlich umfasst StäB eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld, wozu die Indikationsstellung zur stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung mittels Formblatt ärztlicherseits erhoben und die Eignung für StäB -

- sowohl aus Sicht der Klientinnen und Klienten als auch unter Berücksichtigung des häuslichen Umfelds – mit Hilfe einer Checkliste erfasst wird,
- mindestens einmal täglich direkter Patientenkontakt durch mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Behandlungsteams in der Regel im häuslichen Umfeld,
 - das multiprofessionelle Behandlungsteam besteht aus ärztlichem Dienst, Pflege- und Erziehungsdienst sowie Vertretern weiterer Berufsgruppen, insbesondere Psychologen und Spezialtherapeuten, und wird fachärztlich geleitet,
 - wöchentliche ärztliche Visite und multiprofessionelle Fallbesprechung,
 - Gewährleistung der Erreichbarkeit eines Mitglieds des Behandlungsteams werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitschaft). Darüber hinaus 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche ärztliche Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus,
 - Prüfung zur Berücksichtigung des Kindeswohls erfolgt anhand von Checklisten sowie weiteren Fragebögen,
 - die erforderliche Eignung und Zustimmung des häuslichen Umfeldes wird eingeholt und dokumentiert,
 - die erforderliche Dokumentation und Datenübermittlung wird sichergestellt.

Der Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie der LVR-Klinik Viersen erwartet ein hohes Interesse an StäB, als Alternative zu einer stationären Behandlung, von Seiten der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen. Zudem können mittels StäB auch Familien erreicht werden, die bisher eine stationäre Behandlung ablehnen, obwohl ambulante und teilstationäre Behandlung nicht ausreichend bzw. nicht ausreichend erfolgreich sind. Dazu wird zunächst mit der Umsetzung von 9 StäB-Plätzen begonnen, mit der Option einer dem Bedarf entsprechenden Ausweitung des Angebots in den folgenden Jahren.

Der Zugang zu einer stationsäquivalenten Behandlung erfolgt analog zur stationären Aufnahme aus dem Pflichtversorgungsgebiet, unter Berücksichtigung der möglichen Kontraindikationen akute Fremd- und/oder Selbst- bzw. Eigengefährdung sowie hochakute Psychosen bzw. Posttraumatische Belastungsstörungen. Dabei umfasst die StäB alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung erforderlich sind.

Als wesentliche Vorteile der Behandlung im häuslichen Umfeld bei Kindern- und Jugendlichen werden in dem Konzept der LVR-Klinik Viersen aufgeführt:

- Erhöhung der Behandlungsbereitschaft
- intensive Arbeit mit der Familie und/oder dem sozialen Netzwerk
- Erziehungskompetenzen der Eltern erhalten und familiäre Verhältnisse stabilisieren
- Möglichkeit der Weiterbeschulung auf der Heimatschule der Patientinnen und Patienten
- das Behandlungssettings ermöglicht eine zeitnahe Beurteilung von Transfer- und Generalisierungseffekten der Therapie

Ob und in welcher Form die aufgeführten Vorzüge zu realisieren sind, wird erst im weiteren Verlauf des Projektes zu beurteilen sein. Zum aktuellen Zeitpunkt werden bereits die ersten Patientinnen und Patienten in der neuen Versorgungsform behandelt.

Der Zugewinn an Erfahrungen und Erkenntnissen durch die Implementierung von StäB wird eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Konzeptes erfordern.

Folgt man dem Fachbereichsarzt der LVR-Kliniken Viersen, Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Herrn Dr. Spitzcok von Brisinski, stellt StäB „eine große Chance dar, Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen, die einer intensiven Behandlung bedürfen, im häuslichen Umfeld zu behandeln. In welchem Umfang sich dies qualitativ und quantitativ umsetzen lässt, hängt im Wesentlichen sowohl von einer adäquaten Finanzierung durch die Krankenkassen als auch von der Akquirierung qualifizierten Personals ab, da diese Behandlungsform besonders personalintensiv und fachlich anspruchsvoll ist.“ (Spitzcok von Brisinski, I., 2018)

Über die aufgeführten KJPPP spezifischen Vorteile hinaus, können aus Sicht der LVR-Klinik Viersen durch stationsäquivalente psychiatrische Behandlungen erhebliche Veränderungen in der psychiatrischen Krankenhausversorgungslandschaft in Deutschland eingeleitet werden. Darüber hinaus sehen die Beteiligten diese alternative Krankenhausbehandlungsform auch als eine Unterstützung der Bemühungen, Zwang und Gewalt in psychiatrischen Kliniken zu reduzieren, an.

2.3 Multisystemische Therapie

Frau Dr. Ute Fürstenau (Leitende Ärztin, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste – Thurgau) hat im Rahmen des Besuchs des Gesundheitsausschusses in Thurgau die Multisystemischen Therapien vorgestellt. Dabei wird zwischen MST (Multisystemische Therapie für Kinder und Jugendliche mit auffälligem/regelbrechenden Verhalten im Alter von 12 – 17 Jahren und MST-Can (Multisystemische Therapie Kinderschutz) für belastete Familien mit mindestens einem schutzbedürftigen Kind bei drohender Fremdplatzierung unterschieden. Die Altersgrenze der Kinder kann hier bis in das Kleinkindalter reichen.

MST wird in dem vorgestellten Schweizer Modell wie auch an anderen Standorten als lizenziertes Therapiekonzept, das eine Arbeitsgruppe um Scott Henggeler (vgl. Scott W. Henggeler et al, 2012) an der University of South Carolina in Charleston/USA entwickelt hat, durchgeführt. Bestimmte Qualitätsmaßnahmen, regelmäßige Supervisionen und Befragungen der beteiligten Familien werden dabei fest mit den Vertragspartnern in den USA vereinbart.

Der Fokus der Therapie liegt auf der Befähigung der Eltern und Bezugspersonen, als MST-Klient wird das gesamte soziale Umfeld des Kindes/Jugendlichen betrachtet.

Als Therapiezeile werden genannt:

- Verhindern von Fremdplatzierungen
- Verhindern von Ausschulungen oder Lehrabbrüchen
- Verhindern von Delikten/Gefährdungsmeldungen.

Der Evidenzgrad wird so umschrieben, dass in mehreren Metaanalysen MST als eine der wirkungsvollsten Interventionsformen bei delinquenten Kinder und Jugendlichen empfohlen wird. Auch die Wirkungs- und Nachhaltigkeitsuntersuchungen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste Thurgau konnten für MST Therapieerfolge nachweisen und

nach einem Zeitraum von 18 Monaten in hohen Prozentsätzen (Kennzahlen: Wohnt zuhause 84 %; Besucht die Schule/Arbeit 84 %; Keine Strafanzeigen 85%) bestätigen.

Einzelne Elemente aus MST, vor allem die Behandlung in den Familien und permanente Erreichbarkeit von Therapeuten werden zum Teil auch in Behandlungsangeboten von StäB und Hometreatment realisiert. Ob vergleichbare Ergebnisse bei Anwendung einzelner Elemente in einem anderen Gesamtzusammenhang als MST erzielt werden können, wäre ggfls. zu prüfen.

Die Möglichkeit einer Anwendung des lizenzierten und weitgehend formalisierten Verfahrens im kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungssetting müsste unter leistungsrechtlichen Aspekten geprüft werden, scheint aber vor dem Hintergrund der Finanzierungssystematik eines psychiatrischen Krankenhauses nicht übertragbar zu sein.

Insofern ist es offensichtlich folgerichtig, dass die im Rahmen einer Recherche der Verwaltung identifizierten drei MST – Angebote in Deutschland (kein MST-CAN) alle als Jugendhilfeleistungen erbracht werden.

Im Einzelnen:

- Heilpädagogium Schillerhain, MST Mainz
- Diakonische Jugendhilfe Region Heilbronn GmbH, Projekt MST
- gsi – Gesellschaft für sozialpädagogische Innovation GmbH, MST.

In etwa nennen alle drei Angebote Kriterien, für wen MST geeignet ist...

- Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren
- Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens oder Verhaltensweisen, die einer solchen Störung ähneln, wie z.B. Delinquenz, aggressives oppositionelles Verhalten, Schulverweigerung, Substanzmissbrauch
- Jugendliche, die ein familiäres Bezugssystem aufweisen, das für Mitarbeit und Entwicklung offen ist

Als Ziele nennt MST Mainz:

- die Jugendlichen verbleiben in der Familie (Vermeidung von Fremdplatzierung)
- die Jugendlichen bleiben straffrei
- die Jugendlichen gehen regelmäßig zur Schule bzw. Ausbildung (Vermeidung von Schulausschluss/Abbruch)
- Verminderung des Suchtmittelkonsums
- Rückgang problematischer Verhaltensweisen und Steigerung der Sozialkompetenz
- Verbesserung der elterlichen Erziehungskompetenz
- Stärkung der familiären Beziehungen
- Stärkung des Netzwerkes um die Familie zur Unterstützung der Eltern in ihrer erzieherischen Rolle

Als Strukturmerkmale nennt MST Mainz:

- Kurzzeitintervention: 4-6 Monate
- Eine Familie wird von einem MST-Berater begleitet

- 24h/7 Tage Erreichbarkeit des MST-Teams
- Geringe Fallzahl (4+) pro MST-Berater
- hohe Intensität der Maßnahme
- hoch strukturierte Maßnahmeplanung
- wöchentliche Supervision und Teamberatung
- engmaschige Qualitätskontrolle

Auf Nachfrage erklärten Mitarbeitende der MST Mainz, Heilbronn und Hamburg, dass über einzelfallbezogene Zusammenarbeit keine formalisierten Kooperationsbeziehungen zu kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken bestehen würden. Man verfüge aber über gute persönliche Arbeitsbeziehungen zu den regional zuständigen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken.

MST in Mainz ist seit November 2016 am Start, MST in Heilbronn seit Ende 2017 und das Projekt in Hamburg seit dem 01. Mai 2018. MST in Hamburg ist als Modellversuch der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration finanziert und Forschungsprojekt der Universität Hamburg. Daraus resultiert zunächst eine Befristung auf zwei Jahre, die Angebote in Heilbronn und Mainz sind nicht befristet.

Aus Sicht der Verwaltung legen es die überzeugende Konzeption und Erfolge von MST nahe, in Gesprächen mit Vertreterinnen und Vertretern der Jugendhilfe auf das Konzept aufmerksam zu machen. Innerhalb des kinder- und jugendpsychiatrischen Angebotes sollte geprüft werden, welche Elemente zu einer Verbesserung der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung beitragen können und ob eine Integration möglich ist.

3 Ausblick

Aus Sicht der Verwaltung ist zu prüfen, ob MST als Jugendhilfeangebot im Rheinland etabliert werden kann und ob einzelne Elemente von MST in Behandlungskonzepte der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung integrierbar sind.

Das Hometreatment im Rahmen des Modellvorhabens gemäß § 64 b SGB V und die Stationsäquivalente Behandlung am Fachbereich KJPPP der LVR-Klinik Viersen befinden sich beide noch in der Startphase. Insofern kann über Ergebnisse, Erfahrungen und Schlussfolgerungen erst zu einem späteren Zeitpunkt berichtet werden.

Alle drei hier behandelten Konzepte haben Potential Kooperation und Vernetzung zu verbessern. Diesbezügliche Erfahrungen und Ergebnisse können bezogen auf StäB und Hometreatment im Rahmen des Modellversuches aber erst mit deutlichem Abstand zu der noch laufenden Startphase erwartet bzw. erhoben werden.

Literatur:

Spitzcok von Brisinski, I. (2018): Stationsäquivalente Behandlung (StäB). Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 28 (2), S. 15 – 38

Scott W. Henggeler et al (2012), Multisystemische Therapie bei dissozialem Verhalten von Kindern und Jugendlichen, Springer Verlag Berlin Heidelberg

In Vertretung

W e n z e l – J a n k o w s k i

[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)[Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 64b Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

- (1) Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. In jedem Land soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden. Eine bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zur Versorgung bleibt unberührt. § 63 Absatz 3 ist für Modellvorhaben nach Satz 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass von den Vorgaben der §§ 295, 300, 301 und 302 sowie des § 17d Absatz 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht abgewichen werden darf. § 63 Absatz 5 Satz 1 gilt nicht. Die Meldung nach Absatz 3 Satz 2 hat vor der Vereinbarung zu erfolgen.
- (2) Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen. Unter Vorlage des Berichts nach § 65 können die Krankenkassen und die Vertragsparteien bei den zuständigen Aufsichtsbehörden eine Verlängerung beantragen.
- (3) Dem DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind neben den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes zu übermittelnden Daten von den Vertragsparteien des Modellvorhabens insbesondere auch Informationen zur vereinbarten Art und Anzahl der Patientinnen und Patienten, zu spezifischen Leistungsinhalten und den der verhandelten Vergütungen zugrunde gelegten Kosten sowie zu strukturellen Merkmalen des jeweiligen Modellvorhabens einschließlich der Auswertung nach § 65 mitzuteilen. Über Art und Umfang der zu meldenden Daten sowie zur Meldung von Modellvorhaben beim DRG-Institut schließen die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis zum 31. Dezember 2012 eine Vereinbarung. § 21 Absatz 4, 5 Satz 1 und 2 sowie Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes ist für die Vereinbarung und die Datenübermittlung entsprechend anzuwenden. Für die Finanzierung der Aufgaben des DRG-Instituts gilt § 17d Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend.
- (4) Private Krankenversicherungen und der Verband der privaten Krankenversicherung können sich an Modellvorhaben nach Absatz 1 und deren Finanzierung beteiligen.

[zum Seitenanfang](#)[Datenschutz](#)[Seite ausdrucken](#)

[zurück](#)[weiter](#)[Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 115d Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

(1) Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt, anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. In geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 30. Juni 2017

1. die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert wird,
2. die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung,
3. die Anforderungen an die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen, zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern.

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 28. Februar 2017 im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften die Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung als Grundlage für die Verschlüsselung der Leistungen nach § 301 Absatz 2 Satz 2.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2021 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.

[zum Seitenanfang](#)[Datenschutz](#)[Seite ausdrucken](#)