

Niederschrift
über die 22. Sitzung des Gesundheitsausschusses
am 07.09.2018 in Köln, Landeshaus
- öffentlicher Teil -

Anwesend vom Gremium:

CDU

Dr. Ammermann, Gert (für Meies)
Bündgens, Willi (für Dr. Schlieben)
Herbrecht, Wilhelm
Loepp, Helga
Mucha, Constanze
Nabbefeld, Michael
Naumann, Jochen
Schavier, Karl

SPD

Arndt, Denis
Berten, Monika
Ciesla-Baier, Dietmar
Heinisch, Iris
Kiehlmann, Peter
Schmidt-Zadel, Regina
Schulz, Margret (Vorsitzende)

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Barion, Katrin
Beck, Corinna
Kresse, Martin

FDP

Pabst, Petra
Feiter, Stefan (für Dr. Strack-Zimmermann, MdB)

Die Linke.

Glagla M. A., Daniela (für Hamm)

FREIE WÄHLER

Alsdorf, Georg

Verwaltung:

Wenzel-Jankowski, LVR-Dezernentin "Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen"
Lewandowski, LVR-Dezernent "Soziales" (bis TOP 4)
Lüder, LVR-Fachbereichsleiter "Maßregelvollzug"
Dr. Möller-Bierth, LVR-Fachbereichsleiterin "Personelle und organisatorische Steuerung"
Stephan-Gellrich, LVR-Fachbereichsleiterin "Planung, Qualität und Innovationsmanagement"
Thewes, LVR-Fachbereichsleiter "Wirtschaftliche Steuerung"
Borchers, LVR-Inklusionsamt
Henkel, LVR-Stabsstelle "Inklusion und Menschenrechte" (bis TOP 10)
Herbst, LVR-Fachbereich "Finanzmanagement" (bis TOP 7)
Knöbelspies, LVR-Fachbereich "Kommunikation"
Landorff, LVR-Fachbereich "Kommunikation"
Schaefer, LVR-Fachbereich "Wirtschaftliche Steuerung"
Schneider, LVR-Fachbereich "Finanzmanagement" (bis TOP 7)
Woltmann, Leiter der LVR-Stabsstelle "Inklusion und Menschenrechte" (bis TOP 4)
Groeters, LVR-Fachbereich "Personelle und organisatorische Steuerung" (Protokoll)

Referent:

Dr. Marggraf, Ärztlicher Direktor der LVR-Klinik Viersen (bis TOP 5)

Tagesordnung

<u>Öffentliche Sitzung</u>	<u>Beratungsgrundlage</u>
1. Anerkennung der Tagesordnung	
2. Niederschrift über die 21. Sitzung vom 12.06.2018	
3. Umsetzung des BTHG beim LVR - hier: Aufbau von Beratung und Unterstützung nach § 106 SGB IX n.F. sowie Weiterentwicklung der Kontakt-, Koordinierungs- und Beratungsstellen (KoKoBe) unter Berücksichtigung von Peer Counseling	14/2893 E
4. Eckpunkte zur Umsetzung der Integrierten Beratung	14/2746/1 K
5. Abschluss "LVR-Anreizprogramm zur Konversion stationärer Wohnangebote und zur Förderung einer inklusiven Sozialraumentwicklung", Abschlussbericht der Evaluation	14/2745 K
6. Auswertung der Reise des Gesundheitsausschusses nach Südwürttemberg und in den Kanton Thurgau	
6.1. Möglichkeiten des Angebotes von stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen in den LVR-Kliniken	
6.2. Erkenntnisse aus der Reise des Gesundheitsausschusses im Jahr 2017 hier: Kinder- und Jugendpsychiatrie	14/2800 K
7. Haushalt 2019	
7.1. Erhöhung der Förderung von KoKoBe und SPZ; Haushalt 2019	14/208 SPD, CDU E
7.2. Änderungsantrag zum Antrag 14/208 (SPD, CDU) "Erhöhung der Förderung von KoKoBe und SPZ; Haushalt 2019"	14/246 Die Linke. E
7.3. Erprobung von Angeboten von Peer-Beratung im Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung; Haushalt 2019	14/209 CDU, SPD E
7.4. Reduzierung von Zwangsmaßnahmen; Haushalt 2019	14/210 SPD, CDU E
7.5. Hometreatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie; Haushalt 2019	14/211 CDU, SPD E
7.6. Neue Versorgungsformen im Klinikverbund; Haushalt 2019	14/212 SPD, CDU E

- | | | |
|-------|--|-------------------------------------|
| 7.7. | Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken durch integrierte Behandlung und Rehabilitation durch Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe in den Regionen;
Haushalt 2019 | 14/225 SPD, CDU E |
| 7.8. | Unterstützung von Hilfen für Kinder psychisch und/oder suchterkrankter Eltern; Haushalt 2019 | 14/227 SPD, CDU E |
| 7.9. | Einführung eines Modellprojekts zur Multisystemischen Therapie in zwei Regionen | 14/240 GRÜNE E |
| 7.10. | LVR-Geschichte, Publikation Psychiatrie-Skandale und SSK; Haushalt 2019 | 14/247 Die Linke. E |
| 7.11. | Haushalt 2019
hier: Zuständigkeiten des Gesundheitsausschusses | 14/2638/1 B |
| 8. | Wirtschaftsplanentwürfe 2019 sowie
Veränderungsnachweise zu den Wirtschaftsplanentwürfen 2019 des LVR-Klinikverbundes | 14/2766 E |
| 9. | Follow up-Staatenprüfung zur UN-
Behindertenrechtskonvention: Der Grundsatz der
Geschlechtergerechtigkeit in den Abschließenden
Bemerkungen des UN-Fachausschusses aus Perspektive
des LVR | 14/2502/1 K |
| 10. | Abschluss der internen Follow-up Berichterstattung zur
ersten Staatenprüfung Deutschlands zur UN-
Behindertenrechtskonvention | 14/2688 K |
| 11. | Befristete Beschäftigungsverhältnisse 2017 | 14/2733 K |
| 12. | Bericht über die Maßnahmenumsetzung zur Optimierung
des regionalen Lebensmitteleinkaufs | 14/2703 K |
| 13. | Dissertation von Anke Hoffstadt über die Geschichte der
Gehörlosenschulen des LVR nach 1945 als Bestandteil der
Beantwortung der Anträge 12/390 und 14/140 | 14/2895 K |
| 14. | Informationen des LVR-Inklusionsamtes zu den Wahlen
der Schwerbehindertenvertretung 2018 | 14/2841 K |
| 15. | Vorstellung des Buches „Behind the Door“ | |
| 16. | Anträge und Anfragen der Fraktionen | |
| 16.1. | Maßregelvollzug | Antrag
14/229 CDU, SPD B |
| 17. | Beschlusskontrolle | |
| 18. | Mitteilungen der Verwaltung | |
| 19. | Verschiedenes | |

Nichtöffentliche Sitzung

- 20. Niederschrift über die 21. Sitzung vom 12.06.2018
- 21. Personalmaßnahmen
- 21.1. Bestellung zum Stellvertreter der Pflegedirektion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Langenfeld **14/2874 B**
- 21.2. Wiederbestellung zum Stellvertreter der Pflegedirektion im Klinikvorstand der LVR-Klinik Mönchengladbach **14/2843 B**
- 22. LVR-Benchmarking-Report 2018 **14/2650/1 K**
- 23. Maßregelvollzug
- 23.1. Aktueller Bericht
- 23.2. Belegungssituation im Maßregelvollzug
- 24. Anträge und Anfragen der Fraktionen
- 25. Beschlusskontrolle
- 26. Mitteilungen der Verwaltung
- 27. Verschiedenes

Beginn der Sitzung:	09:30 Uhr
Ende öffentlicher Teil:	11:00 Uhr
Ende nichtöffentlicher Teil:	11:30 Uhr
Ende der Sitzung:	11:30 Uhr

Vor Eintritt in die Tagesordnung begrüßt die Vorsitzende die Mitglieder des Gesundheitsausschusses und die Verwaltung zu der heutigen Sitzung.

Öffentliche Sitzung

Punkt 1

Anerkennung der Tagesordnung

Herr Nabbefeld bittet, die Tagesordnungspunkte 6.2, 6.9 und 6.10 der aktualisierten Tagesordnung zur Beratung und Beschlussfassung in die nächsten Sitzungen des Finanz- und Wirtschaftsausschusses und des Landschaftsausschusses zu verweisen, da zu den Anträgen noch Beratungsbedarf bestehe.

Herr Woltmann schlägt vor, Tagesordnungspunkt 8 auf Tagesordnungspunkt 4 vorzuziehen und gemeinsam mit Tagesordnungspunkt 3 zu behandeln, da es eine inhaltliche und politische Schnittmenge beider Themen gebe.

Der Gesundheitsausschuss stimmt dem zu.

Mit diesen Änderungen wird der Tagesordnung für die Sitzung des Gesundheitsausschusses am 07.09.2018 zugestimmt.

Punkt 2

Niederschrift über die 21. Sitzung vom 12.06.2018

Gegen den öffentlichen Teil der Niederschrift werden keine Einwendungen erhoben.

Punkt 3

Umsetzung des BTHG beim LVR - hier: Aufbau von Beratung und Unterstützung nach § 106 SGB IX n.F. sowie Weiterentwicklung der Kontakt-, Koordinierungs- und Beratungsstellen (KoKoBe) unter Berücksichtigung von Peer Counseling Vorlage 14/2893

Herr Lewandowski erläutert, mit dem am 11.07.2018 durch den Landtag Nordrhein-Westfalen verabschiedeten Ausführungsgesetz zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in NRW würden u.a. die Landschaftsverbände zum Träger der Eingliederungshilfe bestimmt. Mit der Umsetzung der 3. Stufe des BTHG am 01.01.2020 erhielten die Träger der Eingliederungshilfe durch § 106 SGB IX n.F. einen deutlich konkreteren und differenzierteren Auftrag, ihre Beratung und Unterstützung der Leistungssuchenden auszugestalten. Damit würden die KoKoBe zukünftig mit ihrer Arbeit und ihren Angeboten darauf hinwirken, die Teilhabechancen von Menschen mit Behinderungen nachhaltig zu verbessern und zu fördern. Das Aufgabenprofil der KoKoBe sei vor diesem Hintergrund neu auszugestalten. Darüberhinaus werde mit den SPZ eine Kooperation hinsichtlich der Beratung nach § 106 SGB IX n.F. gesucht, um das Beratungsangebot des Eingliederungshilfeträgers für die Zielgruppe der Menschen mit einer psychischen Behinderung zugänglich zu machen.

Für den Personenkreis der erwachsenen Menschen mit Behinderungen werde das Modell der kooperativen Bedarfsermittlung mit Mitarbeitenden der Leistungsanbieter/Freien Wohlfahrtspflege weiterentwickelt, so dass die Bedarfserhebung bei Erstanträgen mittelfristig und bei ausreichenden Personalressourcen durch Mitarbeitende des LVR erfolge. Die Bedarfserhebung bei Folgeanträgen werde weiterhin durch die Leistungsanbieter durchgeführt. Bei Kindern und Jugendlichen mit (drohender) Behinderung würden die Bedarfe ab dem 01.01.2020 ausschließlich durch eigene LVR-Mitarbeitende (Erst- und Folgeanträge) der LVR-Dezernate Jugend und Soziales mit dem BEI_NRW KiJu erhoben und bearbeitet.

Um einen rheinlandweiten Aufbau von Peer Counseling zu ermöglichen, sei geplant, diese strukturell bei den KoKoBe zu verorten unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus dem Modellprojekt hinsichtlich der konzeptionellen und strukturellen Anforderungen. Damit die geschulten und erfahrenen Peers aus den regionalen Modellprojekten nach Beendigung des Modellprojektes Peer Counseling auch in 2019 weiter Peerberatung anbieten können, werde in Zusammenarbeit mit den regionalen KoKoBe die Übergangszeit gestaltet.

Herr Woltmann ergänzt, die Thematik hänge sehr eng mit den Eckpunkten zur Umsetzung der Integrierten Beratung zusammen. Der Landschaftsausschuss habe in seiner Sitzung am 09.07.2018 der Vorlage Nr. 14/2746 zugestimmt. Er erläutere die Projekte "Sozialräumliche Erprobung Integrierter Beratungsmodelle" und "Entwicklung und Aufbau eines Portals Integrierte Beratung". Hierbei handle es sich um ein politisches Gestaltungsprojekt, das von der politischen Vertretung des Landschaftsverbandes Rheinland beschlossen worden sei. Bei der Umsetzung des § 106 SGB IX n.F. handle es sich dagegen um einen gesetzlichen Auftrag.

Frau Wenzel-Jankowski ergänzt, die SPZ seien ein wesentlicher und unverzichtbarer

Bestandteil in der psychiatrischen Versorgungsstruktur. Die SPZ seien langjährig etablierte, niedrighschwellige Beratungsstellen in der Gemeindepsychiatrie für erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder seelischen Behinderungen. Die SPZ verfügten über ein breites spezifisches Wissen zu regionalen Angeboten und Strukturen. Von daher sei es beim Aufbau der Beratungs- und Unterstützungsangebote nach § 106 SGB IX n.F. in der Region unerlässlich, die Kooperation und Vernetzung mit den regionalen SPZ zu suchen und mögliche Formen der Zusammenarbeit zu entwickeln. Dies passe in das laufende Weiterentwicklungsprojekt der SPZ und SPKoM zum BTHG. Hierzu gebe es einen intensiven Kontakt mit den SPZ. Ein Bericht werde dazu im Laufe des Jahres 2019 erfolgen.

Herr Kresse merkt an, Menschen mit psychischen und/oder seelischen Behinderungen würden durch die SPZ betreut. Dieses Angebot habe einen großen Rückhalt im Rheinland. Das Vertrauensverhältnis mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege sei von unschätzbarem Wert. Er bittet in einer Ergänzungsvorlage darzustellen, wie die Erfahrungen der Verbände der freien Wohlfahrtspflege besser in die weiteren Entwicklungen einbezogen werden können.

Herr Lewandrowski gibt zu Bedenken, es müssten vergleichbare Strukturen in NRW geschaffen werden.

Herr Kresse hebt hervor, die Zusammenarbeit mit der freien Wohlfahrtspflege in NRW dürfe nicht gefährdet werden. Es müsse auch möglich sein, dass Erstanträge durch die freie Wohlfahrtspflege bearbeitet würden. Gleiche Lebensverhältnisse bedeuteten nicht zwingend gleiche Verwaltungsverfahren.

Herr Kresse und Frau Glagla bitten, die Vorlage ohne Votum in den Landschaftsausschuss zu schieben, damit noch Beratungen erfolgen könnten.

Herr Nabbefeld schließt sich dem an.

Frau Schmidt-Zadel bittet um eine Darstellung, wie die Arbeit der SPZ in Zukunft aussehen solle.

Frau Wenzel-Jankowski antwortet, im 1. Halbjahr 2019 könne über das Ergebnis des gemeinsamen Projektes mit der Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V. (AgpR) zur Weiterentwicklung der SPZ und SPKoM im Gesundheitsausschuss berichtet werden.

Der Aufbau einer integrierten Beratungsstruktur durch die beiden zentralen Projekte "Sozialräumliche Erprobung" (A) und "Portal Integrierte Beratung" (B) wird gemäß Vorlage Nr. 14/2746/1 zur Kenntnis genommen.

Die weitere Beratung und Beschlussfassung zur Vorlage 14/2893 wird auf die nächste Sitzung des Landschaftsausschusses verwiesen.

Punkt 4
Eckpunkte zur Umsetzung der Integrierten Beratung
Vorlage 14/2746/1

Es wird auf die Beratungen zu Tagesordnungspunkt 3 verwiesen.

Punkt 5

Abschluss "LVR-Anreizprogramm zur Konversion stationärer Wohnangebote und zur Förderung einer inklusiven Sozialraumentwicklung", Abschlussbericht der Evaluation Vorlage 14/2745

Der Bericht zum Abschluss des LVR-Anreizprogramms zur Konversion stationärer Wohnangebote und zur Förderung einer inklusiven Sozialraumentwicklung sowie der Abschlussbericht der Evaluation des Programms werden gemäß Vorlage Nr. 14/2745 zur Kenntnis genommen.

Punkt 6

Auswertung der Reise des Gesundheitsausschusses nach Südwürttemberg und in den Kanton Thurgau

Punkt 6.1

Möglichkeiten des Angebotes von stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen in den LVR-Kliniken

Herr Dr. Marggraf erläutert die stationsäquivalente Behandlung (StäB) in der LVR-Klinik Viersen. Angebote stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams im häuslichen Umfeld der Patientinnen und Patienten seien unter den folgenden Voraussetzungen möglich:

- Psychiatrisches Krankenhaus oder Allgemeinkrankenhaus mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen,
- regionale Selbstverpflichtung,
- Behandlung entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität einer vollstationären Behandlung,
- stationäre Behandlungsbedürftigkeit der Patientinnen und Patienten,
- Beauftragung möglich.
-

Insgesamt sei festzustellen, dass StäB aufgrund der gesetzlichen Regelungen hoch reglementiert sei und nur in sehr engen Grenzen erfolgen könne. Das Angebot der aufsuchenden Behandlung sei in der LVR-Klinik Viersen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Juli 2018 mit jeweils 3 Patientinnen und Patienten in den drei Abteilungen gestartet. Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie starte das Angebot im September 2018.

Möglichkeiten und Vorteile von StäB seien:

- Therapie kann sich stärker an tatsächlicher Lebensrealität der Patientinnen und Patienten orientieren und so effektiver sein,
- verbesserte Integration ins soziale Umfeld,
- Erreichbarkeit von Patientinnen und Patienten, die bisher nicht durch das Hilfesystem erreicht wurden.
-

Herr Thewes ergänzt, dass die Abrechnung der StäB Leistungen über das PEPP System erfolge. Hierfür sei eine vorläufige Pauschale von 200€ je Tag vorgesehen. In den Budgetverhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen für das Jahr 2018, konnte für die LVR-Klinik Viersen, als eine von wenigen Kliniken bundesweit, eine Vereinbarung getroffen werden. Für den Start könne ein höherer Satz abgerechnet werden, der im Jahr 2019 auf Basis tatsächlicher Fälle nachverhandelt werde. Entscheidend für die

Vergütungshöhe seien u.a. die Fahrtkosten, die schwer abzuschätzen seien.

Der Power-Point-Vortrag von Herrn Dr. Marggraf und Herrn Thewes ist als **Anlage 1** der Niederschrift beigefügt.

Auf Fragen von Frau Heinisch, Frau Schmidt-Zadel und Herrn Kresse antwortet Herr Dr. Marggraf:

- Im multiprofessionellen Team gebe es bei StäB ärztlichen, pflegerischen, psychologischen, ergotherapeutischen und sozialarbeiterischen Sachverstand. Darüberhinaus gebe es einen Anteil an Genesungsbegleitung im Team.
- Krisenintervention werde in der normalen Dienstzeit durch das mutiprofessionelle Team durchgeführt. Außerhalb der Regelarbeitszeiten sei die Klinik zuständig.
- In Viersen gebe es eine gute Zusammenarbeit mit den Heimen in der Umgebung, sodass hier eine gute Kooperation zu erwarten sei.
- Chronisch psychisch Kranke würden nicht durch StäB erfasst.
-

Herr Dr. Marggraf weist auf den Artikel "Stationsäquivalente Behandlung (StäB)" von Herrn Spitzock von Brisinski hin (siehe **Anlage 2** der Niederschrift).

Frau Wenzel-Jankowski erläutert die Unterschiede zwischen StäB und Hometreatment. Um StäB durchzuführen, müsse das Erfordernis einer stationären Behandlung vorliegen. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie seien die Bausteine StäB, Hometreatment und Multisystemische Therapie in der Vorlage Nr. 14/2899 erläutert.

Auf Anregung von Herrn Kresse sagt Frau Wenzel-Jankowski zu, im nächsten Jahr eine Fachtagung zum Thema Neue Versorgungsformen im LVR-Klinikverbund vorzubereiten.

Die Vorsitzende bittet Herrn Dr. Marggraf um einen Erfahrungsbericht Ende nächsten Jahres.

Der Bericht von Herrn Dr. Marggraf und Herrn Thewes wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 6.2

Erkenntnisse aus der Reise des Gesundheitsausschusses im Jahr 2017 hier: Kinder- und Jugendpsychiatrie Vorlage 14/2800

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.

Punkt 7

Haushalt 2019

Punkt 7.1

Erhöhung der Förderung von KoKoBe und SPZ; Haushalt 2019 Antrag 14/208 SPD, CDU

Frau Glagla bittet wegen des Sachzusammenhangs mit Tagesordnungspunkt 7.2, diesen Antrag ebenfalls in die nächsten Sitzungen des Finanz- und Wirtschaftsausschusses und

des Landschaftsausschusses zu schieben.

Frau Beck und Herr Nabbefeld unterstützen diesen Vorschlag.

Die Beratung und Beschlussfassung wird in die nächsten Sitzungen des Finanz- und Wirtschaftsausschusses und des Landschaftsausschusses verwiesen.

Punkt 7.2

Änderungsantrag zum Antrag 14/208 (SPD, CDU) "Erhöhung der Förderung von KoKoBe und SPZ; Haushalt 2019"

Antrag 14/246 Die Linke.

Die Beratung und Beschlussfassung wird in die nächsten Sitzungen des Finanz- und Wirtschaftsausschusses und des Landschaftsausschusses verwiesen.

Punkt 7.3

Erprobung von Angeboten von Peer-Beratung im Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung;

Haushalt 2019

Antrag 14/209 CDU, SPD

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig** folgenden empfehlenden Beschluss:

Der Verwaltung wird gebeten, ein Modell zur Erprobung von Peer-Beratung im Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung sowie im Rahmen der weiteren ambulanten Behandlung an mindestens einem Klinikstandort einzuführen.

Punkt 7.4

Reduzierung von Zwangsmaßnahmen;

Haushalt 2019

Antrag 14/210 SPD, CDU

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig** folgenden empfehlenden Beschluss:

Die Verwaltung wird gebeten, zu prüfen und zu berichten, wie die verschiedenen erfolgreichen Konzepte und Maßnahmen, die in den LVR-Kliniken zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen angewandt werden, zu einem multimodalen Interventionsprogramm des Klinikverbundes gebündelt werden können.

Punkt 7.5

Hometreatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie;

Haushalt 2019

Antrag 14/211 CDU, SPD

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig** folgenden empfehlenden Beschluss:

Die Verwaltung wird gebeten, die Einführung eines Hometreatment-Modells an einem kinder- und jugendpsychiatrischen Standort im Klinikverbund zu prüfen und über die Möglichkeit zur Umsetzung zu berichten.

Punkt 7.6

Neue Versorgungsformen im Klinikverbund; Haushalt 2019 Antrag 14/212 SPD, CDU

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig** folgenden empfehlenden Beschluss:

Die Verwaltung wird gebeten, die Einführung von Hometreatment und weiteren neuen Versorgungsformen in den LVR-Kliniken zu prüfen und über die Umsetzung zu berichten.

Punkt 7.7

Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken durch integrierte Behandlung und Rehabilitation durch Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe in den Regionen; Haushalt 2019 Antrag 14/225 SPD, CDU

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig** folgenden empfehlenden Beschluss:

I.

Die Verwaltung wird beauftragt, in einer Modellregion im Rheinland ein Konzept für einen kinder- und jugendpsychiatrischen Verbund in Anlehnung an den Gemeindepyschiatrischen Verbund zu erarbeiten und dessen Umsetzung zu initiieren. Bei der Konzepterstellung sollen die Ergebnisse und Maßnahmen des Projektes „Teilhabe ermöglichen – Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut“ sowie die sich daraus abgeleiteten Landesinitiativen „Starke Seelen“ und „kein Kind zurücklassen“, die die nachhaltige Verbesserung des Ineinandergreifens von kommunalen bzw. regionalen Präventions- und Hilfsstrukturen zum Ziel hatten, Beachtung finden.

Die für eine Umsetzung des regionalen Entwicklungskonzeptes erforderlichen Ressourcen z.B. in Form eines Vernetzungs- bzw. Case Managements sind zu benennen, und – soweit in den Budgets der beteiligten Leistungserbringer im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Verbund nicht enthalten, durch den Haushalt des LVR zur Verfügung zu stellen. Eine entsprechende Beteiligung durch das Land sowie die beteiligten Gebietskörperschaften in der Modellregion wird erwartet.

II.

Darüber hinaus soll die Verwaltung prüfen, ob der LVR selbst in einer weiteren Region zum Beispiel durch vernetzte Angebote zwischen einer LVR-Klinik und der Jugendhilfe Rheinland in Richtung auf einen kinder- und jugendpsychiatrischen Verbund tätig werden kann. Hierdurch könnten auch weitere Angebote für sog. Systemsprenger geschaffen werden.

Punkt 7.8

Unterstützung von Hilfen für Kinder psychisch und/oder suchterkrankter Eltern; Haushalt 2019 Antrag 14/227 SPD, CDU

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig** folgenden empfehlenden Beschluss:

Die Verwaltung wird gebeten, auf der Basis einer Bestandsaufnahme der aktuellen Unterstützungsangebote in den Mitgliedskörperschaften ein Konzept zur Unterstützung der bestehenden oder neu aufzubauenden regionalen Angebote von Hilfen für Kinder psychisch kranker und/ oder suchterkrankter Eltern zu entwickeln. Bei einer

Konzeptentwicklung ist zwingend zu beachten, dass die Anforderungen aus der ehemaligen Modellförderung des LVR in den neun Modellregionen auch für eine eventuelle weitergehende Förderung in den Mitgliedkörperschaften wie folgt zugrunde zu legen sind:

- Die Entwicklung, Koordination und Vernetzung von Hilfen für Kinder psychisch- und/oder suchterkrankter Eltern in der jeweiligen Versorgungsregion ist gewährleistet.
- Konkrete Maßnahmen zur Betreuung, Beratung und Versorgung von Kindern psychisch- und/oder suchterkrankter Eltern werden durchgeführt.
- Konkrete Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung von psychisch- und/oder suchterkrankten Eltern werden durchgeführt.
- Der niedrighschwellige Zugang zu den Hilfen für Kinder psychisch- und/oder suchterkrankter Eltern und den betroffenen Eltern ist sichergestellt.
- Die fallbezogene Zusammenarbeit zwischen den verantwortlichen Institutionen, insbesondere der Gemeindepsychiatrie, der kommunalen Gesundheitshilfe, den Fachkrankenhäusern, den Institutionen der Jugendhilfe und den Jugendämtern sowie der Suchthilfe ist sichergestellt.
- Vorhandene Angebote und Strukturen sollen durch eine eventuelle Förderung durch den LVR nicht ersetzt, sondern unterstützt und ggfls. weiterentwickelt werden.

Punkt 7.9

Einführung eines Modellprojekts zur Multisystemischen Therapie in zwei Regionen

Antrag 14/240 GRÜNE

Die Beratung und Beschlussfassung wird in die nächsten Sitzungen des Finanz- und Wirtschaftsausschusses und des Landschaftsausschusses verwiesen.

Punkt 7.10

LVR-Geschichte, Publikation Psychiatrie-Skandale und SSK; Haushalt 2019

Antrag 14/247 Die Linke.

Die Beratung und Beschlussfassung wird in die nächsten Sitzungen des Finanz- und Wirtschaftsausschusses und des Landschaftsausschusses verwiesen.

Punkt 7.11

Haushalt 2019

hier: Zuständigkeiten des Gesundheitsausschusses

Vorlage 14/2638/1

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig** folgenden Beschluss:

- 1) Dem Entwurf des Haushaltes 2019 für die Produktgruppen 059, 061, 062, 063 und 064 im Produktbereich 07 wird gemäß Vorlage 14/2638/1 zugestimmt.
- 2) Dem Entwurf des Haushaltes 2019 einschließlich des Veränderungsnachweises der Produktgruppe 060 (mit Ausnahme des Produktes 060.03 "Zentrale Steuerung des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen" in Zuständigkeit des Ausschusses für den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen) im Produktbereich 07 wird gemäß Vorlage 14/2638/1 zugestimmt.

Punkt 8

Wirtschaftsplanentwürfe 2019 sowie Veränderungsnachweise zu den Wirtschaftsplanentwürfen 2019 des LVR-Klinikverbundes Vorlage 14/2766

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig** folgenden empfehlenden Beschluss:

1. Die Wirtschaftsplanentwürfe des LVR-Klinikverbundes für das Jahr 2019 einschließlich der ihnen vorangestellten Betrauungsakte, des Kassenkreditrahmens und der Verpflichtungsermächtigungen werden unter Berücksichtigung der Veränderungsnachweise in der Fassung der Vorlage Nr. 14/2766 festgestellt.
2. Die Verwaltung wird beauftragt, die Wirtschaftsplanentwürfe 2019 bis zur Drucklegung noch an die aktuelle Entwicklung anzupassen und ggf. erforderliche Änderungen ohne Einzelaufführung in den Veränderungsnachweisen bei der Drucklegung der endgültigen Wirtschaftspläne vorzunehmen, soweit diese keine Auswirkungen auf die ausgewiesenen Ergebnisse haben.

Punkt 9

Follow up-Staatenprüfung zur UN-Behindertenrechtskonvention: Der Grundsatz der Geschlechtergerechtigkeit in den Abschließenden Bemerkungen des UN-Fachausschusses aus Perspektive des LVR Vorlage 14/2502/1

Die Empfehlungen des UN-Fachausschuss zum Thema Geschlechtergerechtigkeit sowie die Vorschläge zum weiteren Vorgehen im LVR werden gemäß Vorlage Nr. 14/2502/1 zur Kenntnis genommen.

Punkt 10

Abschluss der internen Follow-up Berichterstattung zur ersten Staatenprüfung Deutschlands zur UN-Behindertenrechtskonvention Vorlage 14/2688

Der Abschluss der internen Follow-up Berichterstattung zur ersten Staatenprüfung Deutschlands zur UN-Behindertenrechtskonvention wird gemäß Vorlage-Nr. 14/2688 zur Kenntnis genommen.

Punkt 11

Befristete Beschäftigungsverhältnisse 2017 Vorlage 14/2733

Der Bericht zur Entwicklung und zum aktuellen Stand der befristeten Beschäftigungsverhältnisse wird gemäß Vorlage 14/2733 zur Kenntnis genommen.

Punkt 12

Bericht über die Maßnahmenumsetzung zur Optimierung des regionalen Lebensmitteleinkaufs Vorlage 14/2703

Herr Kresse bittet, die fair gehandelten Produkte auf z.B. Tee und Honig auszuweiten.

Der Bericht über die Umsetzung der Maßnahmen und die damit verbundenen Erfahrungen in Bezug zur Vorlage 14/788 zur Optimierung des regionalen Lebensmitteleinkaufs unter Einbeziehung von Bioprodukten der Region und Fairtrade-Produkten wird gemäß Vorlage Nr. 14/2703 zur Kenntnis genommen.

Punkt 13

Dissertation von Anke Hoffstadt über die Geschichte der Gehörlosenschulen des LVR nach 1945 als Bestandteil der Beantwortung der Anträge 12/390 und 14/140 Vorlage 14/2895

Der Sachstandsbericht zur Dissertation über die Geschichte der Gehörlosenschulen des LVR nach 1945 gemäß Vorlage 14/2895 wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 14

Informationen des LVR-Inklusionsamtes zu den Wahlen der Schwerbehindertenvertretung 2018 Vorlage 14/2841

Die Informationen des LVR-Inklusionsamtes zu den Wahlen der Schwerbehindertenvertretung 2018 werden gemäß der Vorlage 14/2841 zur Kenntnis genommen.

Punkt 15

Vorstellung des Buches „Behind the Door“

Frau Landorff informiert über die Entstehungsgeschichte des Buches "Behind the Door". Hauptsächlich durch Bilder werde der Weg von der Aufnahme bis zur Entlassung eines forensischen Patienten dargestellt. Dieses Buch solle auch anderen Mut machen, dass es einen Weg nach "draußen" gebe. Von daher bittet sie, das Buch an Interessierte weiterzugeben. Das Buch könne bei ihr angefordert werden.

Die Vorsitzende bittet Frau Landorff, Herrn Kleemann zu danken, dass er seinen Aufenthalt in der Psychiatrie in dieser künstlerischen Art dargestellt habe.

Der Bericht von Frau Landorff wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 16

Anträge und Anfragen der Fraktionen

Herr Kresse regt an, dass die Integrationsbeauftragten ihre Berichte vor den Sitzungen der Krankenhausausschüsse schriftlich zur Verfügung stellen.

Die weitere Diskussion, an der sich Herr Dr. Ammermann und Frau Loepp beteiligen, fasst die Vorsitzende dahingehend zusammen, dass es den einzelnen Krankenhausausschüssen weiterhin frei stehe, festzulegen, ob die Berichte der Integrationsbeauftragten vor den Sitzungen schriftlich zur Verfügung gestellt werden sollen.

Punkt 16.1
Maßregelvollzug
Antrag 14/229 CDU, SPD

Der Gesundheitsausschuss fasst **einstimmig** folgenden Beschluss:

Die Verwaltung wird gebeten, gemeinsam mit dem LWL und den anderen Trägern im Maßregelvollzug die finanzierte und tatsächliche Personalausstattung in den MRV-Kliniken mittels einer Tätigkeitsanalyse zu evaluieren. Auf dieser Basis soll mit dem Land eine verbindliche Personalbedarfsrichtlinie verhandelt werden.

Punkt 17
Beschlusskontrolle

Der öffentliche Teil der Beschlusskontrolle wird zur Kenntnis genommen.

Punkt 18
Mitteilungen der Verwaltung

Auf Bitte von Frau Heinisch sagt Frau Wenzel-Jankowski zu, dass in der nächsten Sitzung des Gesundheitsausschusses ein Bericht zu dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zu den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Fixierung von Patientinnen und Patienten in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung erfolge.

Auf Frage von Frau Schmidt-Zadel antwortet Frau Wenzel-Jankowski, im Rheinland gebe es regelmäßige Schulungen der Ärztinnen und Ärzte sowie der Richterinnen und Richter zum Umgang mit Fixierungen.

Punkt 19
Verschiedenes

Keine Anmerkungen.

Aachen, 20.09.2018

Die Vorsitzende

Schulz

Köln, 14.09.2018

Die Direktorin des Landschaftsverbandes
Rheinland
In Vertretung

Wenzel-Jankowski

Stationsäquivalente Behandlung in der LVR-Klinik Viersen

Grundlagen und Fallbeispiele

Gesundheitsausschuss 07.09.2018

Dr. Ralph Marggraf

Ärztlicher Direktor, LVR-Klinik Viersen



Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (neu: § 115d SGB V)

- **Angebot stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams im häuslichen Umfeld der Patientinnen und Patienten unter den folgenden Voraussetzungen:**
 - ✓ Psychiatrisches Krankenhaus oder Allgemeinkrankenhaus mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen
 - ✓ Regionale Versorgungsverpflichtung
 - ✓ Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung
 - ✓ Stationäre Behandlungsbedürftigkeit der Patientinnen und Patienten
 - ✓ Beauftragung möglich



StäB ist hoch reglementiert und kann nur in sehr engen Grenzen erfolgen!

Vereinbarung
zur
Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung
nach § 115d Abs. 2 SGB V

zwischen
dem GKV-Spitzenverband, Berlin,
und
dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln,
sowie
der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

Gesundheitsausschuss



Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des SGB V erbracht wurden. Die gleichzeitige somatische Diagnostik und Behandlung sind gesondert zu kodieren.

Diese Gruppe gliedert sich in folgende Kategorien:

- 9-80** Spezifische Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
- 9-801** Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

Exkl.: Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-656).
Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672).
Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (9-673).
Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationärsersetzenden Umfeld und als halbtägliche Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-691 ff.).
Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (9-694 ff.).

Hinw.: Der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) ist gesondert zu kodieren. Diese Kodes sind für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die zu Beginn der stationären Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr). Voraussetzungen für eine stationäre Behandlung ist das Vorliegen einer psychischen oder einer Indikation für eine stationäre Behandlung. Die stationsäquivalente Behandlung umfasst die jüngerpsychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld des Patienten. Sie stellt bei Bedarf neben der aufsuchenden Behandlung auch die Nutzung weiterer Ressourcen für ergänzende Diagnostik und Therapie sicher. Diese Kodes sind für jeden Tag mit stationsäquivalenter Behandlung berufsspezifisch oder bei Eltern-Gruppentherapien oder Eltern-Kind-Gruppentherapien sind zu addieren. Fahrzeiten werden nicht angerechnet. Bei Eltern-Gruppentherapien oder Eltern-Kind-Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 15 Teilnehmer begrenzt. Gruppen mit 4 bis 10 Teilnehmern werden in aller Regel nach dem 2-Therapeuten-Prinzip geführt. Gruppen mit 11 bis 15 Teilnehmern müssen nach dem 2-Therapeuten-Prinzip geführt werden. Pro Gruppentherapie dürfen Therapeuten für maximal 2 Therapeuten angerechnet werden. Die Dauer der Gruppentherapie ist mit der Anzahl der Therapeuten zu multiplizieren und dann mit der Anzahl der teilnehmenden Patienten zu teilen. Diese Zeit wird jedem teilnehmenden Patienten gerechnet. Die Kodes sind ebenfalls für Leistungen anzugeben, die von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung beteiligten Leistungserbringern oder anderen zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 115d Abs. 1 Satz 3 SGB V) erbracht werden.

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein mobiles multiprofessionelles Team unter Leitung eines Arztes (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
- Team bestehend aus ärztlichem Dienst, pädagogisch-pflegerischem Personal, Pflegepersonal, Erzieher, Heilpädagogen, etc.

StäB – Voraussetzungen

- *stationär behandlungsbedürftige psychische Krankheit*
 - D.h. ambulant oder teilstationär ist nicht ausreichend
- Wunsch der Patientin/ des Patienten bzw. der Sorgeberechtigten
- *häusliche Voraussetzungen*
 - Ungestörter Kontakt
 - Zustimmung Haushaltsmitglieder
 - Prüfung *Kindeswohlgefährdung*



StäB - Behandlung

- *Multiprofessionelles Team*
- *im Umfeld (zu Hause oder im Heim)*
 - Mind. 1 direkter Patientenkontakt pro Tag
 - An allen Tagen, je nach Einzelfall Ausnahmen möglich
 - KJP: Behandlung in der Regel an 5 Tagen in der Woche
 - Folge: Abrechnung nur an 5 Tagen möglich
- *ergänzende Behandlungskontakte in der Klinik möglich*
 - Gruppentherapie, Diagnostik
- *Therapeutische Interventionen*
 - entsprechend OPS und krankheitsspezifischen Leitlinien
- *Ständige ärztliche Eingriffsmöglichkeit*
 - bei Zustandsverschlechterung vollstationäre Aufnahme möglich

StäB – Strukturen der LVR-Klinik Viersen

- **Kinder- und Jugendpsychiatrie**
 - je ein StäB-Team pro Abteilung
 - 3 Patient*innen gleichzeitig pro Abteilung (insgesamt bis zu 9)
 - seit Juli 2018 erste Patienten und Patientinnen
- **Erwachsenenpsychiatrie**
 - ein Team in der Abteilung Allgemeine Psychiatrie
 - Start Anfang September 2018
 - 5 Patienten und Patientinnen gleichzeitig
 - Einbezug von EX-IN
- ***Ausweitung in 2019 avisiert***



Das StäB-Team der LVR-Klinik Viersen

Fallbeispiele aus der Erwachsenenpsychiatrie



Fallbeispiel 1: Demenz



- dementer Heimbewohner
 - gleichzeitig ausgeprägte organische wahnhafte Störung
 - stationär behandlungsbedürftig
 - durch Wechsel der Umgebung infolge einer stationären Aufnahme würde er aufgrund Orientierungsstörungen voraussichtlich so irritiert, dass sich sein Krankheitsbild eher verschlechtern würde
- ☞ Das StäB Team kann Behandlung im Altenheim durchführen

Fallbeispiel 2: Psychose

- Patientin mit ausgeprägter schizophrener Psychose
 - aufgrund früherer Negativerfahrungen (Fixierungen) auf keinen Fall bereit, in eine Klinik zu gehen
 - ambulante Behandlung aber nicht mehr ausreichend
- ☞ StäB Team kann im häuslichen Rahmen der Patientin eine intensive Behandlung anbieten

Fallbeispiel 3: Depression



- Patientin mit schwerer Depression
 - aufgrund zahlreicher Haustiere nicht in der Lage und willens, sich stationär oder teilstationär behandeln zu lassen
 - ambulante Behandlung nicht mehr ausreichend
- ➔ StäB Team kann im häuslichen Rahmen der Patientin eine intensive Behandlung anbieten.

Fallbeispiel 4: Kinder im Haushalt

- alleinerziehende Mutter mit schwerer psychischer Erkrankung (posttraumatische Belastungsstörung)
- keine soziale Kontakte und keine familiäre Unterstützung
- die Versorgung ihrer Kinder während einer stationären oder teilstationären Behandlung nicht ohne Jugendamt möglich, was sie aber ablehnt



- ☞ Das StäB Team kann im häuslichen Rahmen der Patientin eine intensive Behandlung anbieten.

Fallbeispiel 5: Pflegebedürftige Angehörige

- Eine ihre im Haus lebenden Eltern pflegende kinderlose Frau, deren Mann berufsbedingt kaum unterstützen kann und die keine weitere familiäre Unterstützung hat.
 - Gleichzeitig soll die Situation einer Kurzzeitpflege vermieden werden, weil die berechtigte Sorge besteht, dass die Eltern sehr darunter leiden würden
- ☞ Das StäB Team kann im häuslichen Rahmen der Patientin eine intensive Behandlung anbieten

Reale Beispiele aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie



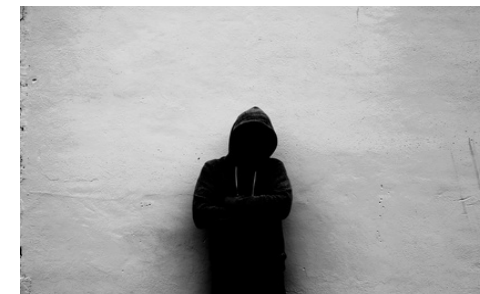
Fallbeispiel 6: Angstpatient



- Patient mit einer schweren Angststörung, der seine Wohnung kaum noch verlässt
 - Hat bisher keinerlei psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen
- ☞ Das StäB Team kann im häuslichen Rahmen der Patientin eine intensive Behandlung anbieten

Fallbeispiel 7: 9-jähriger Junge mit aggressivem Verhalten, Angst und ADHS

- Stark aggressives Verhalten in der Schule und zu Hause
- Ambulante Behandlung erbrachte keine ausreichende Besserung
- Während der stationären Behandlung deutliche Besserung auf der Station, aber nicht zu Hause
- Angst vor dem Schulweg
- ☞ Intensive Behandlung der Symptomatik zu Hause sowie der Ängste auf dem Weg zur Stammschule durch StäB



Fallbeispiel 8: 11-jähriges Mädchen mit selbstverletzendem Verhalten

- Seit 2 Jahren Ritzen, die Arme sind übersät mit Wunden verschiedenen Alters
- Vor 1 Jahr stationäre Behandlung wegen Suizidalität und Depression mit deutlicher Besserung, danach Rückfall
- Die Familie hatte Vieles von dem, was empfohlen worden war, zu Hause nicht umsetzen können
- ☞ Das StäB-Team kann im Anschluss an erneute stationäre Behandlung den Behandlungserfolg im häuslichen Umfeld der Patientin stabilisieren

Fallbeispiel 9: 12-jähriges Mädchen mit Somatoformer Funktionsstörung und Trennungsangst

- psychosomatische Atemstörung mit Hyperventilation, subjektiver Luftnot, nachfolgend Bauchschmerzen und Durchfall seit 2 Jahren, kein Schulbesuch seit Monaten
 - Abbruch der stationären psychosomatischen Behandlung nach 5 Tagen aufgrund von Heimweh
- ☞ Wiederaufnahme der intensiven Behandlung als StäB

Fallbeispiel 10: 14-jähriges Mädchen mit aggressivem Verhalten, Depression, Ängsten und Intelligenzminderung

- Schwer fremdaggressives Verhalten gegenüber Familie und Nachbarn, während es in der Schule gut funktioniert
- Während der stationären Behandlung deutlich besser, danach Rückfall.
- ☞ Das StäB Team kann im häuslichen Umfeld der Patientin eine intensive Behandlung anbieten und die Jugendliche kann ihre Stammschule weiter besuchen.

Fallbeispiel 11: 15-jähriges Mädchen mit Chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

- Herztransplantation in der Kindheit, Tumore durch Therapie mit Immunsuppressiva
- Seit 1 Jahr Gewichtsverlust wegen Schmerzen in der Brust bei Nahrungsaufnahme
- 2 lange stationäre Behandlungen mit Regression, die Patientin drohte zu hospitalisieren
- ☞ Fortsetzung der intensiven Behandlung durch StäB zur Vermeidung weiterer Hospitalisierung anbieten

StäB – Möglichkeiten und Vorteile

- Therapie kann sich stärker am tatsächlichen Lebensrealität der Patientinnen und Patienten orientieren und so effektiver sein
- verbesserte Integration ins soziale Umfeld
- Erreicht Patient*innen, die bisher nicht durch das Hilfesystem erreicht wurden



Stand der Budgetvereinbarung mit den Gesetzlichen Krankenkassen:

- PEPP System sieht vorläufigen Abrechnungsbetrag von 200€ je Tag vor
- Stand aktuell gibt es nur zwei Vergütungsvereinbarungen:
ZFP Südwürttemberg (Weissenau) und LVR-Klinik Viersen
- Verhandlungen scheitern i.d.R. an 200€ Grenze.
- LVR hat Kalkulation mit angenommenen Kontakten und Fahrzeiten
vorgelegt



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!



Literatur

- Alsaker FD; Bütikofer A* (2005): Geschlechtsunterschiede im Auftreten von psychischen und Verhaltensstörungen im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 14: 169-180
- Arbeitskreis OPD (Hg)* (1998): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. 2. korrigierte Auflage. Bern, Göttingen: Hans Huber
- Borg-Laufs M* (2011): Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Manual für die Therapieplanung. (SDS-KJ). Tübingen: Dgvt-Verlag
- Lohaus A; Nussbeck FW* (2016): FRKJ 8-16. Fragebogen zu Ressourcen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe
- Petermann F; Schmidt MH* (2006): Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? *Kindheit und Entwicklung* 15 (2): 118-127
- Remschmidt H; Schmidt MH; Poustka F (Hg)* (2017): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-5. 7. Aktualisierte Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Resch F; Romer G; Schmeck K (Hg)* (2016): OPD-KJ-2. Göttingen: Hogrefe
- Rutter M* (1985): Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147: 598-611
- Stasch M; Grande T; Hanssen P; Oberbracht C; Rudolf G* (2014): OPD-2 im Psychotherapie-Antrag. Bern: Huber
- Werner EE; Smith RS* (2001): *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. Ithaca: Cornell University Press

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ulrich Rüth
Goethestraße 54, D-80336 München
ulrich.rueth@mnet-online.de

Stationsäquivalente Behandlung (StäB)

Ingo Spitzcok von Brisinski

Hausbesuche durch einen Arzt, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Logopäden haben eine lange Tradition. Die Bestimmungen zu den vertragsärztlichen Hausbesuchen finden sich im zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) vereinbarten Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä, aktuelle Version 2018) in § 17(6): Die Besuchsbehandlung ist zwar grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. *Ein Arzt mit Gebietsbezeichnung, der nicht die Funktion des Hausarztes wahrnimmt, ist jedoch (unbeschadet seiner Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notfällen) auch zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:*

1. wenn er zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen wird und nach dem Ergebnis der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch ihn erforderlich sind,
2. wenn bei Patienten, die von ihm behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.

Fachtherapeuten werden bei Bedarf vom Arzt per Heilmittelverordnung beauftragt, die Therapie in der Wohnung des Patienten durchzuführen.

Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen können bei Vorliegen einer Überweisung eines Vertragsarztes oder Heimarztes ebenfalls eine aufsuchende Behandlung durchführen (Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung).

Diese durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater oder kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen durchführbaren aufsuchenden Behandlungen im häuslichen Umfeld des Patienten umfassen jedoch nur eine Behandlungsintensität, die einer *ambulanten* Behandlung entspricht.

Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld der Patienten im Umfang einer *teil- oder vollstationären* Behandlung war bisher ausschließlich kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen vorbehalten, die mit den Krankenkassen ein Modellvorhaben nach § 64b SGB V vereinbart haben (bisher in Deutschland nur sehr wenige), geregelt durch OPS 9-691 (DIMDI 2018a) „Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen“, oder im Rahmen von Projekten der Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V, in der Regel verbunden mit dem Begriff „Hometreatment“.

Das PsychVVg (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen) hat durch Änderungen im SGB V (§39, §115d) für alle psychiatrischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen mit regionaler Versorgungs- verpflichtung nun die Möglichkeit geschaffen, ab 01.01.2018 *stationsäquivalente* Behandlung (StäB) durchzuführen (§ 115d SGB V). StäB umfasst eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld des Patienten und stellt bei Bedarf neben der aufsuchenden Behandlung auch Ressourcen der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik für ergänzende Diagnostik und Therapie zur Verfügung.

StäB unterscheidet sich von den meisten der o. g. Modellvorhaben durch die Fokussierung auf die Akutbehandlung psychisch Kranker, die im deutschen Regelversorgungssystem bisher nur im stationären Rahmen behandelt werden können. Eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit ist zentrale Voraussetzung für die stationsäquivalente Behandlung. Erfahrungen aus den Modellprojekten können hilfreich für die Planung von StäB sein, sind aber nicht hinreichend. Dasselbe gilt für Erkenntnisse aus evidenzbasierten Behandlungsformen aus anderen Ländern: Die Versorgungssysteme für psychisch Kranke sind ebenso wie das gesamte Gesundheitswesen vom deutschen System so verschieden, dass eine einfache Übertragung von Forschungsergebnissen nicht möglich ist (Längle et al. 2017).

Unterschiede zwischen aufsuchender Behandlung, Hometreatment und StäB

Es gibt bei StäB teils deutliche Unterschiede zu bisherigen Formen aufsuchender Behandlung bzw. Hometreatment, so dass diese Begriffe **nicht** synonym verwendet werden sollten.

Unterschiede bestehen u. a. bzgl. Art der Finanzierung, Intensität, Gesamtdauer, beteiligte Berufsgruppen.

Art der Finanzierung:

Jugendhilfe:

- Aufsuchende Familientherapie (AFT) ist seit vielen Jahren etabliert (Cohen 2017) und wird in der Regel gemäß § 27 SGB VIII Abs. 3 („Hilfe zur Erziehung umfasst insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen“) finanziert.
- Multisystemische Therapie (MST, Henggeler et al. 2012) ist ein empirisch gut abgesichertes (von Sydow et al. 2006, Boege et al. 2015) aufsuchendes Verfahren, das sich an 12- bis 17jährige Jugendliche mit einer ausgeprägten Störung des Sozialverhaltens vor einer drohenden Fremdunterbringung richtet. Während MST seit Jahren bereits in über 30 Ländern und über 400 Programmen durchgeführt wird, steht die Implementierung in Deutschland noch ganz am Anfang.
- In Teilen der Niederlande, wo die kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen mittlerweile nicht mehr von den Krankenkassen, sondern von den Gemeinden bezahlt werden, wird mittlerweile ein sehr hoher Anteil kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen von Patienten, die früher vollstationärer Behandlung bedurften, mittels IHT (Intensieve thuisbehandeling) bzw. KIT (Kinder- en jeugdpsychiatrische intensieve thuisbehandeling) zu Hause durchgeführt. Allerdings werden hier Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen und/oder Störungen des Sozialverhaltens durch andere Versorgungssysteme versorgt.

Gesetzliche Krankenversicherung:

- Hausbesuche können von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern im Rahmen einer ambulanten Behandlung durchgeführt werden (s. o.).
- Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen können ebenfalls eine aufsuchende Behandlung durchführen (s. o.).
- Im Rahmen der bisherigen vollstationären „Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen“ (OPS 9-65, DIMDI 2018b) können übende Verfahren und prospektive Hilfekoordination hinsichtlich geplanter Reintegration in Schule und soziales Umfeld auch als „Hometreatment“ von pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen und Spezialtherapeuten (Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Sozialarbeiter, etc.) durchgeführt werden.
- Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld der Patienten im Umfang einer teil- oder vollstationären Behandlung („Halbtägiges Hometreatment“ oder „Ganztägiges Hometreatment“) können kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen durchführen, die mit den Krankenkassen ein Modellvorhaben nach § 64b SGB V vereinbart haben (OPS 9-691, s. o.).
- Seit dem 1.1.2018 dürfen alle kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen „Stationsäquivalente Behandlung“ gemäß OPS 9-801 (DIMDI 2018c) durchführen.

Intensität:

- *Aufsuchende Familientherapie (AFT)*: Insgesamt 26 Familientherapie-sitzungen. Eine familientherapeutische Einheit umfasst 5,5 Zeitstunden pro Fachkraft pro Woche und schließt alle notwendigen personen- und nicht personenbezogenen Tätigkeiten (z. B. Vor- und Nachbereitung, Austausch mit Co-TherapeutInnen, Supervision, notwendige Mitarbeiterbesprechungen etc.) ein. Diese Familientherapieeinheiten beinhalten keine Fahrtzeiten (DGSF 2009).
- *Halbtägiges Hometreatment gemäß OPS 9-691.1*: Die Behandlung des Patienten erfolgt im häuslichen Umfeld über mindestens 105 Minuten

bis maximal 209 Minuten pro Tag. Fahrzeiten werden dabei nicht angerechnet.

- *Ganztägiges Hometreatment gemäß OPS 9-691.0*: Die Behandlung des Patienten erfolgt im häuslichen Umfeld über mindestens 210 Minuten pro Tag. Fahrzeiten werden dabei nicht angerechnet.
- *Multisystemische Therapie (MST)*: 4 bis 5 Hausbesuche pro Woche, außerdem 24 Stunden pro Tag an 365 Tagen im Jahr Bereitschaftsdienst. Eine MST-Therapeutin ist für maximal vier Familien zuständig.
- *Stationsäquivalente Behandlung (StäB)*: Es erfolgt mindestens ein direkter Patientenkontakt durch mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams pro Tag. Die Spannbreite der Kodierung reicht von „bis 30 Minuten pro Tag“ bis zu „mehr als 240 Minuten pro Tag“. Wöchentliche ärztliche Visite im direkten Patientenkontakt, in der Regel im häuslichen Umfeld. Wöchentliche multiprofessionelle Fallbesprechung, in die mindestens 3 der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen einbezogen werden. Erreichbarkeit mindestens 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. Bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung umgehend vollstationäre Aufnahme.

Gesamtdauer:

- *Aufsuchende Familientherapie (AFT)*: 26 Wochen bis 52 Wochen
- *Hometreatment gemäß OPS 9-691*: Grundsätzlich keine Beschränkung, aber abhängig von den mit den Krankenkassen verhandelten Konditionen sowie im Einzelfall von der Beurteilung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Behandlungsdauern von mehr als 3 Monaten sind eher ungewöhnlich.
- *Multisystemische Therapie (MST)*: 4 bis 6 Monate
- *Stationsäquivalente Behandlung (StäB)*: Grundsätzlich keine Beschränkung, aber abhängig von den mit den Krankenkassen verhandelten Konditionen sowie im Einzelfall von der Beurteilung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Behandlungsdauern von mehr als 3 Monaten sind eher ungewöhnlich.

Beteiligte Berufsgruppen:

- *Aufsuchende Familientherapie (AFT)*: Psychosozialer Hoch- bzw. Fachhochschulabschluss + mindestens 3jährige familientherapeutische/systemische Weiterbildung an einem DGSF- bzw. SG-anerkannten Institut. Die MitarbeiterInnen sind durch DGSF/SG zum/zur Systemischen (Familien-)TherapeutIn zertifiziert.
- *Multisystemische Therapie (MST)*: Psychologen, Sozialpädagogen
- *Stationsäquivalente Behandlung (StäB)*: Multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Das Team besteht aus ärztlichem Dienst, pädagogisch-pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe (z.B. Psychologe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Ergotherapeut, Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Heilpädagoge, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeut, Logopäde o. ä.).

Ausschlusskriterien:

- *Multisystemische Therapie (MST)*: Alter unter 12 Jahren oder über 17 Jahre. Wenn keine Störung des Sozialverhaltens vorliegt oder Verhaltensweisen, die einer solchen Störung ähneln, z.B. Delinquenz, aggressives oppositionelles Verhalten, Schulverweigerung, Substanzmissbrauch. Wenn das familiäre Bezugssystem zur Mitarbeit nicht bereit ist oder ein familiäres Bezugssystem nicht zur Verfügung steht. Das MST-Team in Mainz nennt zudem folgende Ausschlusskriterien: schwerwiegende psychiatrische Störungen, wie z. B. akute Psychose und/oder akute Suizidalität bzw. Fremdgefährdung in schwerer Form; massiv sexuell übergriffiges Verhalten ohne weiteres delinquentes oder dissoziales Verhalten; tiefgreifende Entwicklungsstörung (z.B. Autismus); schwere Drogenabhängigkeit (hier muss erst ein Entzug durchgeführt werden).
- *Hometreatment gemäß OPS 9-691*: Wenn die kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik bzw. Abteilung mit der/den Krankenkasse(n) kein Modellvorhaben nach § 64b SGB V vereinbart hat.
- *Stationsäquivalente Behandlung (StäB)*: Wenn keine psychische Erkrankung vorliegt, keine Indikation für eine vollstationäre Behandlung besteht oder das häusliche Umfeld nicht für StäB geeignet ist (z. B. mangelnde Kooperationsfähigkeit, Zuverlässigkeit oder Einsichtsfähigkeit;

Patienten, bei denen der familiäre Hintergrund Ursache der Erkrankung ist; keine Möglichkeiten zum Vier-Augen-Gespräch; drohende Kindeswohlgefährdung.)

Der vom DIMDI (2018c) für 2018 herausgegebene OPS zu StäB lautet:

9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

Exkl.:

Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-656)

Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672)

Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686)

Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (9-691 ff.)

Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-693 ff.)

Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (9-694 ff.)

Hinw.: Der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) ist gesondert zu kodieren

Diese Kodes sind für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die zu Beginn der stationsäquivalenten Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr)

Voraussetzung für die stationsäquivalente Behandlung ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung und einer Indikation für eine stationäre Behandlung.

Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld des Patienten

Sie stellt bei Bedarf neben der aufsuchenden Behandlung auch die Nutzung weiterer Ressourcen der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (je nach Bundesland und Träger im Bedarfsfall auch der Schule für Kranke) für ergänzende Diagnostik und Therapie sicher

Diese Codes sind für jeden Tag mit stationsäquivalenter Behandlung berufsspezifisch anzugeben. Therapiezeiten eines Tages einer Berufsgruppe sind zu addieren. Fahrzeiten werden nicht angerechnet

Bei Eltern-Gruppentherapien oder Eltern-Kind-Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 8 Familien oder 15 Teilnehmer begrenzt. Gruppen mit 4 bis 10 Teilnehmern werden in aller Regel nach dem 2-Therapeuten-Prinzip geführt. Gruppen mit 11 bis 15 Teilnehmern müssen nach dem 2-Therapeuten-Prinzip geführt werden. Pro Gruppentherapie dürfen Therapiezeiten für maximal 2 Therapeuten angerechnet werden. Die Dauer der Gruppentherapie ist mit der Anzahl der Therapeuten zu multiplizieren und dann durch die Anzahl der teilnehmenden Patienten zu teilen. Diese Zeit wird jedem teilnehmenden Patienten angerechnet

Die Codes sind ebenfalls für Leistungen anzugeben, die von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern (§ 115d Abs. 1 Satz 3 SGB V) erbracht werden

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein mobiles multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
- Team bestehend aus ärztlichem Dienst, pädagogisch-pflegerischem Dienst (z.B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher) und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe (z.B. Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie) oder Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeut, Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Heilpädagoge, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeut, Logopäde))

- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
 - Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden)
 - Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)
- Durchführung einer wöchentlichen ärztlichen Visite (bei stationsäquivalenter Behandlung an mehr als 6 Tagen in Folge) im direkten Patientenkontakt, in der Regel im häuslichen Umfeld. Der Facharztstandard ist zu gewährleisten
- Durchführung einer wöchentlichen multiprofessionellen Fallbesprechung zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei stationsäquivalenter Behandlung an mehr als 6 Tagen in Folge), in die mindestens 3 der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen ggf. unter Einbeziehung kooperierender Leistungserbringer nach § 115d Abs. 1 Satz 3 SGB V einbezogen werden. Die Fallbesprechung kann unter Zuhilfenahme von Telekommunikation geschehen
- Behandlung auf der Grundlage eines individuellen Therapieplans, orientiert an den Möglichkeiten und dem Bedarf des Patienten
- Es erfolgt mindestens ein direkter Patientenkontakt durch mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams pro Tag. Kommt ein direkter Kontakt nicht zustande aus Gründen, die der Patient zu verantworten hat, zählt der unternommene Kontaktversuch dennoch als direkter Patientenkontakt
- Die Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes sicherzustellen (Rufbereitschaft). Darüber hinaus ist eine jederzeitige, 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche, ärztliche Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus zu gewährleisten. Bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung muss umgehend mit einer vollstationären Aufnahme reagiert werden können

- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch/einzeltherapeutische Intervention
 - Einzelpsychotherapie mit kind- und jugendgerechten Verfahren
 - Entspannungsverfahren
 - Ärztliche oder psychologische therapeutische Familienkontakte, Elterngespräche, Familiengespräche und Familientherapie und/oder Gespräche/Kontakte mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Jugendhilfe, Pflegefamilie)
 - Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
 - Aufklärung (Kind/Jugendlicher und Bezugspersonen), Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
 - (Störungsspezifische) Psychoedukation
 - Helferkonferenzen (z.B. Jugendhilfe)
 - Anleitung von Bezugspersonen im Umgang mit dem Patienten, z.B. Begleitung von Deeskalationen
 - Gruppenpsychotherapie
- Als angewandte Verfahren der Spezialtherapeuten und pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Behandlungseinheiten durch die kinder- und jugendpsychiatrische Pflege/Bezugspflege des Pflege- und Erziehungsdienstes (z.B. alltagsbezogenes Training, Anleitung und Förderung der Selbständigkeit, Stuhltraining, Esstraining, Verstärkerplan, Feedbackrunden)
 - Anleitung bei sozialer Interaktion
 - Gelenkte Freizeitaktivitäten, Medienpädagogik, Erlebnispädagogik/-therapie mit therapeutischem Auftrag gemäß Gesamtbehandlungsplan
 - Heilpädagogische oder ergotherapeutische Förder- und Behandlungsverfahren (auch als Eltern-Kind-Interaktionsförderung)
 - Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)

- Bewegungstherapie, Mototherapie, Logopädie
- Übende Verfahren und prospektive Hilfekoordination hinsichtlich der geplanten Reintegration in Schule und soziales Umfeld
- Gespräche mit Behördenvertretern
- Ergotherapeutische Behandlungsverfahren, Krankengymnastik, Entspannungsverfahren
- Unterstützung (der Eltern) bei alltäglichen Verrichtungen und Förderung der selbständigen Konfliktklärung mit dem Kind, ggf. mit Video-Feedback, ggf. mit spezifischen Deeskalationstechniken
- Einübung spezialisierter Therapiemodule gemeinsam mit den Eltern
- Spezielle psychosoziale Techniken (z.B. Sozialkompetenztraining, Anleitung zu gemeinsamen Aktivitäten mit Familienmitgliedern wie Spiel, Sport, Freizeit)
- Anhängigengespräche und gezielte Anleitung von Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu, dem familiären oder sozialen Raum
- Interventionen hinsichtlich der geplanten Überleitung in andere Behandlungssettings oder rehabilitative Anschlussmaßnahmen (z.B. Jugendhilfe)

9-801.0 Therapiezeiten am Patienten durch Ärzte

- .00 Bis 30 Minuten pro Tag
- .01 Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag
- .02 Mehr als 60 bis 90 Minuten pro Tag
- .03 Mehr als 90 bis 120 Minuten pro Tag
- .04 Mehr als 120 bis 180 Minuten pro Tag
- .05 Mehr als 180 bis 240 Minuten pro Tag
- .06 Mehr als 240 Minuten pro Tag

9-801.1 Therapiezeiten am Patienten durch Psychologen

- .10 Bis 30 Minuten pro Tag
- .11 Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag
- .12 Mehr als 60 bis 90 Minuten pro Tag

- .13 Mehr als 90 bis 120 Minuten pro Tag
- .14 Mehr als 120 bis 180 Minuten pro Tag
- .15 Mehr als 180 bis 240 Minuten pro Tag
- .16 Mehr als 240 Minuten pro Tag

9-801.2 Therapiezeiten am Patienten durch Spezialtherapeuten

- .20 Bis 30 Minuten pro Tag
- .21 Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag
- .22 Mehr als 60 bis 90 Minuten pro Tag
- .23 Mehr als 90 bis 120 Minuten pro Tag
- .24 Mehr als 120 bis 180 Minuten pro Tag
- .25 Mehr als 180 bis 240 Minuten pro Tag
- .26 Mehr als 240 Minuten pro Tag

9-801.3 Therapiezeiten am Patienten durch pädagogisch-pflegerische Fachpersonen

- .30 Bis 30 Minuten pro Tag
- .31 Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag
- .32 Mehr als 60 bis 90 Minuten pro Tag
- .33 Mehr als 90 bis 120 Minuten pro Tag
- .34 Mehr als 120 bis 180 Minuten pro Tag
- .35 Mehr als 180 bis 240 Minuten pro Tag
- .36 Mehr als 240 Minuten pro Tag

Umsetzungshinweise der DKG (2017)

Zulassung	Krankenhäuser oder psychiatrische Fachabteilungen mit regionaler Versorgungspflicht
Indikation	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch ambulante oder teilstationäre Behandlung (einschließlich häuslicher Pflege) erreichbar ist. • Kein Vorrangprinzip StäB vor Stationär • Entscheidung obliegt dem Krankenhaus in Abstimmung mit Patienten und deren Angehörigen
Häusliches Umfeld/ Eignung	<p>Es dürfen keine Faktoren oder Personen im häuslichen Umfeld dem Erreichen des Behandlungsziels entgegenstehen.</p> <p>Prüfung durch das Krankenhaus vor Beginn und während der Behandlung.</p> <p>Kriterien u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine Möglichkeit zu 4-Augen-Gespräch - Kindeswohlgefährdung droht oder liegt vor - Häusliche Gewalt und Täter lebt im Haushalt
Häusliches Umfeld/ Zustimmung	Zustimmung des häuslichen Umfelds (oder der Einrichtung) muss vorliegen und muss dokumentiert werden. Formelle schriftliche Zustimmung ist nicht vorgeschrieben.
Beauftragung Dritter	<p>Das Krankenhaus kann an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer mit der Durchführung von Teilen der Behandlung (nicht mehr als die Hälfte) beauftragen.</p> <p>Es wird grundsätzlich empfohlen, mit den bestehenden regionalen psychiatrischen Versorgungssystemen vor Ort eng zu kooperieren.</p> <p>Die Gesamtverantwortung für die Behandlung bleibt beim Krankenhaus.</p>
Behandlungsteams	<p>Mobile, ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams</p> <p>Fachärztliche Leitung: Gesamtverantwortung</p> <p>Mindestens 3 Berufsgruppen beteiligt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arzt - Pflege - Weitere Berufsgruppe (siehe OPS)

Leistungen	StäB umfasst alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung erforderlich sind. Psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld; entspricht hinsichtlich ihrer Inhalte sowie der Flexibilität und der Komplexität der vollstationären Behandlung.
Patientenkontakte	Mindestens ein Mitglied des Behandlungsteams hat mindestens einmal täglich einen direkten Patientenkontakt Weitere Kontakte auch telefonisch möglich Der unternommene Kontaktversuch zählt als direkter Patientenkontakt Mindestens einmal wöchentlich ärztliche Visite im häuslichen Umfeld (Facharztstandard)
Fallbesprechungen	Mindestens einmal pro Woche Unter Beteiligung von mindestens 3 Berufsgruppen Ggf. sind weitere beauftragte Leistungserbringer einzubeziehen.
Therapieort	Primär im häuslichen Umfeld der Patienten, darüber hinaus auch an anderen Orten. So soll es beispielsweise möglich sein, an Gruppentherapien im Krankenhaus teilzunehmen.
Kindeswohl	Wenn minderjährige Kinder im Haushalt leben: Kindeswohlgefährdung und Versorgung von Säuglingen sind zu prüfen. Pat hat ggf. Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 SGB V; diese umfasst auch Betreuung und Beaufsichtigung von im Haushalt lebenden Kindern. Es besteht Antragspflicht.
Eltern-Kind-Behandlung	Die kinder- und jugendpsychiatrische fachärztliche Leitung hat gemeinsam mit der erwachsenenpsychiatrischen fachärztlichen Leitung zu prüfen, ob eine gemeinsame Eltern-Kind-Behandlung indiziert ist.
Versorgung des Patienten	Die Versorgung des Patienten ist sicherzustellen. Anspruch auf Leistungen aus anderen Sozialgesetzbüchern bleibt bestehen (etwa stationäre oder ambulante Pflege)
Begleiterkrankungen	Bei Vorliegen einer stationär behandlungsbedürftigen somatischen Krankheit: Krankenhausaufnahme Bei ambulant behandelbaren Begleiterkrankungen

Sicherstellung der Behandlung	Verbindliche Vorgehensweisen, wie wechselnde Bedarfslagen des Patienten berücksichtigt werden <ul style="list-style-type: none"> - Verbindliche schriftliche Vorgehensweise - Diese soll mit dem Patienten kommuniziert werden - Krisenpass Erreichbarkeit des Behandlungsteams werktags zu den üblichen Arbeitszeiten (Rufbereitschaft) Darüber hinaus ist jederzeitige ärztliche Eingriffsbereitschaft zu gewährleisten. Bei Verschlechterung des Zustands des Patienten muss umgehend mit einer vollstationären Aufnahme reagiert werden können.
Entlassmanagement	Die Regelungen des stationären Entlassmanagements gelten

Checkliste Eignung für stationsäquivalente Behandlung (StäB)

Diese Checkliste dient der Erstprüfung, ob ein Patient und sein Umfeld für stationsäquivalente Behandlung (StäB) geeignet sind. Erst nach dieser Prüfung durch den Aufnahmearzt kann die Behandlung im häuslichen Umfeld stattfinden.

	Eignung des Klienten	Ja	Nein
1.	Besteht grundsätzlich eine Indikation für eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung?		
1a	Ist aus Sicht des Klienten und der Klinik eine Behandlung im häuslichen Umfeld zu bevorzugen?		
2.	Steht die Behandlung einer oder mehrerer kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen im Vordergrund?		
3.	Besteht vom Klienten ausgehende Fremdgefährdung?		
4.	Besteht akute Eigengefährdung des Klienten?		
5.	Stehen somatische Erkrankungen im Vordergrund?		
6.	Steht eine Suchterkrankung im Vordergrund?		

	Eignung des häuslichen Umfelds	Ja	Nein
1.	Liegt der Wohnort des Klienten im kinder- und jugendpsychiatrischen Pflichtversorgungsgebiet?		
2.	Besteht im häuslichen Umfeld die Möglichkeit zum therapeutischen Vier-Augen-Gespräch?		
3.	Besteht häusliche Gewalt?		
4.	Sind alle im Haushalt lebenden Personen mit StäB einverstanden?		
4a	Ist die Einrichtung, in der der Klient lebt, mit StäB einverstanden?		
5	Besteht oder droht Kindeswohlgefährdung von im Haushalt lebenden Kindern?		

Organisatorische Rahmenbedingungen

Das StäB-Team muss aus mindestens 3 ständigen Mitarbeitern der o. g. drei Berufsgruppen bestehen.

Diese können entweder ausschließlich bzw. überwiegend StäB durchführen und nicht ständige Mitglieder eines oder mehrerer Stationsteams sein, d. h. alle StäB-Patienten der Abteilung bzw. Klinik werden von einem konstanten StäB-Team behandelt.

Oder das StäB-Team wird je Patient aus jeweils anderen Mitarbeitern zusammengestellt: Ein wesentliches Ziel des deutschen Gesetzgebers ist die Förderung einer personenzentrierten sektorenübergreifenden Behandlung innerhalb des kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungssystems. Ein vom sonstigen Versorgungssystem eher abgekoppeltes StäB-Spezialteam mit eigenständigem Zugang und Abgabe der Patienten nach der akuten Krisenbehandlung entspricht nicht der Vorstellung stationsäquivalenter Behandlung. Im Idealfall findet die Behandlung durch dasselbe Abteilungsteam statt wie die stationäre, tagesklinische oder ambulante Behandlung auch. StäB bedarf nicht zwangsläufig eines eigenen festen Teams, sondern es bedarf der mit dem Patienten vertrauten Behandler, die abhängig von der aktuell notwendigen Behandlungsintensität diese an dem Ort erbringen, der für den Patienten am geeignetsten ist. So können Therapeut und Bezugsbetreuer ihren Patienten im besten Falle sowohl stationär als auch ambulant, aber auch stationsäquivalent zu Hause behandeln. Die Versorgungssektoren lösen sich im Erleben des Patienten auf. Leistungsrechtlich dagegen bleiben die Sektoren unverändert

bestehen, sowohl im Rahmen des SGB V als auch darüber hinaus (Längle et al. 2017).

Ambulant vorbehandelte Patienten, bei denen ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht und StäB indiziert ist, können durch die bisher ambulant behandelnden Personen im Rahmen von StäB weiterbehandelt werden, da gemäß § 115d Abs. 1 Satz 3 SGB V das Krankenhaus, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer (also auch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiatern) mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen kann.

Beide Organisationsformen – ständiges StäB-Team (sST) einerseits und je Patient individuell zusammengestelltes (izST) andererseits – haben gravierende inhaltliche und organisatorische Vor- und Nachteile.

So ist beispielsweise bei izSTs zwar die personelle Kontinuität sektorübergreifend eher realisierbar, dafür ist der Qualifizierungsaufwand aufgrund der deutlich höheren Anzahl in Betracht kommender Mitarbeiter deutlich höher. Auch kann davon ausgegangen werden, dass ein sST innerhalb relativ kurzer Zeit über mehr Erfahrungen, Routine und Kompetenz in der aufsuchenden Behandlung verfügt als ein izST, bei dem die Mitarbeiter in höherem Maße traditioneller vollstationärer, tagesklinischer oder ambulanter Tätigkeit nachgehen als aufsuchender.

Zugang zur StäB

Ein- und Zuweisung

Diese erfolgt grundsätzlich durch denselben Personenkreis wie für vollstationäre Behandlungen (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz).

Grundsätzlich sind aber auch Notfallaufnahmen in StäB möglich.

Indikationsprüfung

Im Rahmen eines oder mehrerer Vorgespräche wird geprüft, ob eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung indiziert ist und ob StäB in Betracht kommt. Die Indikation wird analog zur Indikationsstellung für vollstationäre Behandlung gestellt.

Kindeswohlprüfung

Hierzu eignen sich Checklisten, wie sie auch in der Jugendhilfe zu dieser Fragestellung eingesetzt werden. Des Weiteren kann der Fragebogen EBSK (Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung) eingesetzt werden. Ggf. erfolgt eine Kooperation mit dem zuständigen Jugendamt gemäß §§ 8a und 8b SGB VIII (Meldung an das Jugendamt oder anonyme Beratung durch „eine insoweit erfahrene Fachkraft“) bzw. der Heimatschule (gemäß § 42 Abs. 6 Schulgesetz NRW erfordert die Sorge für das Wohl der Schülerinnen und Schüler, jedem Anschein von Vernachlässigung oder Misshandlung nachzugehen).

Beteiligung des Haushalts

Es müssen die Zustimmungserklärungen insbesondere aller volljährigen Mitbewohner eingeholt und dokumentiert werden.

Schule

Die Inanspruchnahme von Schulunterricht – sofern nicht akut eine schwere Beeinträchtigung der Unterrichtsfähigkeit besteht – ist während einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung die Regel und für die Überprüfung von Behandlungserfolgen oftmals von zentraler Bedeutung. Während bei einer stationären Behandlung die Beschulung in der Regel in einer Schule für Kranke bzw. analoger Schulformen erfolgt, kommt bei StäB auch eine Weiterbeschulung auf der Heimatschule des Patienten in Betracht (ggf. mit reduziertem Stundenumfang).

Diagnostik und Therapie in StäB

Im Vordergrund der Behandlung in akuten oder längeren Krankheitsphasen stehen Verbesserung der aktuellen Symptomatik, Einschätzung von Risiken, Stabilisierung von Behandlungserfolgen einschließlich Rückfallprophylaxe sowie Entlassmanagement.

Die Besonderheit des Behandlungssettings ermöglicht außer einer zeitnahen Beurteilung von Transfer- und Generalisierungseffekten der Therapie auch die intensive Arbeit mit der Familie und/oder dem sozialen Netzwerk.

Die diagnostischen Leistungen umfassen z. B.:

- Erhebung der aktuellen Probleme und potenziellen Auslöser der Krise (Aufnahmearbeit)
- Erhebung der psychiatrischen und somatischen Vorgeschichte (Anamnese) sowie der Familienanamnese
- Erfassung aktueller und früherer Untersuchungen und Behandlungsinterventionen einschließlich Medikation und des Umgangs mit der Medikation (Adhärenz)
- Erfassung von komorbiden Störungen, ggf. auch Substanzmissbrauch
- Erfassung von Aspekten zu Risiken und Sicherheit. Eine Gefährdung des Kindeswohls muss ausgeschlossen werden.
- Erhebung psychosozialer Funktionen einschließlich Ressourcen/Probleme in den Bereichen Kindergarten/Schule/Arbeit, Wohnen, Finanzen.
- Erfassung von Ressourcen, Zielen und Behandlungspräferenzen des Patienten und der Sorgeberechtigten
- Erfassung von Ressourcen des weiteren sozialen Umfelds
- Erfassung der familiären Situation und des sozialen Netzwerkes
- Erfassung der Perspektive und Bedarfe der Bezugspersonen
- Erhebung des psychopathologischen Befunds
- Durchführung von testpsychologischen Untersuchungen
- Somatische Untersuchung, ggf. Labor- und apparative Diagnostik sowie Berücksichtigung möglicher Risiken für somatische Erkrankungen
- Erfassung der intrafamiliären Interaktionen
- Erfassung der Interaktionen zwischen Familie und Schule, Jugend- bzw. Behindertenhilfe, etc.

Zur Erfüllung der Schlüsselaufgaben, die sich in Art und Intensität zu jeder Zeit des Behandlungsverlaufs am individuellen Bedarf des Patienten und seines Umfelds orientieren, können alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des multiprofessionellen Teams und bei Bedarf die Strukturen der Klinik genutzt werden:

- Diagnostik und Erhebung der Bedarfe münden in einen Behandlungsplan, der so weit wie möglich mit allen Beteiligten abgestimmt wird; dabei sind Wahlmöglichkeiten hinsichtlich Zeitpunkt, Art, Ort und Umfang der Behandlung möglichst zu berücksichtigen.
- Kernelement ist der Aufbau und die Pflege einer guten therapeutischen Beziehung unter Berücksichtigung der Behandlungs- und Beziehungskontinuität.
- Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen (z. B. psychotherapeutische Kurzinterventionen, supportive Einzelgespräche, Gruppentherapien, Familientherapien, Entspannungstraining, Psychoedukation, psychosoziale Beratung)
- Aufklärung, Unterstützung und ggf. Monitoring bei medizinisch indizierter Psychopharmakotherapie
- Soweit erforderlich Mitbehandlung somatischer Erkrankungen
- Interventionen zur Unterstützung psychosozialer und alltagspraktischer Fertigkeiten sowie zur Teilhabe an der Gesellschaft (z. B. Training von Alltagsfertigkeiten und sozialen Fertigkeiten, Förderung von Aktivitäten und sozialen Kontakten/Aktivitätsaufbau, Aktivierungsbehandlung, Selbstsicherheitstraining, Beratung zu und Heranführung an Unterstützungsmöglichkeiten in den Bereichen Wohnen und Arbeit, Kontakte zu Behörden, Justiz, Arbeitgeber oder rechtlichem Betreuer, Aufbau von Sozialkontakten)
- Förderung des Selbst- und Gesundheitsmanagements des Patienten unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten und ggf. des weiteren sozialen Umfelds
- Soweit von Patienten gewünscht Arbeit mit Angehörigen und sozialem Netzwerk.
- Unterstützung bei Krisenplänen für mögliche zukünftige Krisen (z. B. Entwicklung/Review von Krisen-/Rückfallplänen, Unterstützung bei der Nutzung strukturierter Selbst-/Symptommanagementpläne).
- Darüberhinausgehende ergänzende Leistungen können bei entsprechender Indikation erbracht bzw. vermittelt werden: Ergotherapie, Phy-

siotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Kreativtherapien, Logopädie (z. B. bei Schluckstörungen), Entspannungsverfahren, sensorisch fokussierte Therapien, internetbasierte Unterstützungsprogramme und Interventionen.

- Bedarfsorientierte Entlassplanung (einschließlich Kontakt mit Nachbehandlern), an der Patienten und Angehörige bzw. das soziale Netzwerk beteiligt werden.

Frequenz und Dauer der Angebote orientieren sich nicht an starren Zeitkontingenten, sondern an den individuellen Bedarfen und Möglichkeiten der Patienten und seines Umfelds, so dass ggf. eine hohe Flexibilität erforderlich ist.

Patientenkontakte

Die Therapie umfasst in der Regel werktags mindestens einen persönlichen Patientenkontakt pro Tag, davon eine ärztliche Visite wöchentlich zu Hause. Hinzu kommen weitere persönliche Kontakte und/oder Kontakte per Telekommunikation.

Weitere Leistungen

Anleitung der Bezugspersonen, Gespräche mit Familie, Schule, Jugend- bzw. Behindertenhilfe, Vorbehandlern usw. stellen einen wesentlichen Faktor der Netzwerkarbeit dar.

Zudem findet wöchentlich mindestens eine multiprofessionelle Fallbesprechung statt.

Ort der Leistungserbringung

Die Leistung wird überwiegend im häuslichen Umfeld bzw. in Heimen erbracht und nur teilweise in der Klinik.

Art der Leistungserbringung

Die Leistungen erfolgen als Einzel-, Familien oder Gruppenangebote. Bei Bedarf wird zusätzlich zu dem psychotherapeutischen, pflegerisch-pädagogischen und fachtherapeutischen Angebot auch Psychopharmakotherapie durchgeführt.

Rufbereitschaft

Die Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes sichergestellt.

Telefonische Kontaktmöglichkeit

Die telefonische Kontaktmöglichkeit wird gewährleistet über die Mitglieder des StäB-Teams (Diensthandy) und außerhalb der Dienstzeiten durch den AvD.

Jederzeitige ärztliche Eingriffsbereitschaft

Werktags während der üblichen Arbeitszeiten durch den behandelnden Arzt, außerhalb dieser Zeiten durch den AvD.

Labor/ technische Untersuchungen

Blutentnahmen, EEG- und EKG-Ableitungen erfolgen in der Regel in den Räumen der Klinik. Andere Untersuchungen (z. B. MRT) erfolgen ggf. bei Kooperationspartnern.

Versorgung

Die Versorgung mit Arzneimitteln, Heilmitteln, Hilfsmitteln erfolgt durch die Klinik. Die Verpflegung erfolgt in der Regel durch die Familie bzw. die Einrichtung.

Besprechungen

Fallbesprechung mindestens einmal wöchentlich mit mindestens drei Berufsgruppen.

Visiten

Mindestens eine ärztliche Visite wöchentlich zu Hause.

Eltern-Kind-Behandlung

Eltern-Kind-StäB kann in einzelnen, zwischen beiden Fachbereichen abgestimmten Fällen erfolgen.

Entlassmanagement

Dieses erfolgt analog der Vorschriften für vollstationäre Behandlung.

Wird stationäre Behandlung durch StäB überflüssig?

Wir gehen davon aus, dass bei Patienten und Angehörigen ein hohes Interesse für StäB statt stationärer Behandlung besteht und wir mittels StäB auch Familien erreichen, die eine stationäre Behandlung ablehnen, obwohl ambulante und teilstationäre Behandlung nicht ausreichend bzw. nicht ausreichend erfolgreich sind. Da StäB jedoch sehr personalintensiv ist und diese Personalressourcen nur begrenzt zur Verfügung stehen bzw. gestellt werden können, sind in der Umsetzung Grenzen gesetzt.

Für erwachsene Patienten führten Längle et al. (2017) eine erste Bedarfsermittlung durch. Zur Frage, welche bisher stationär aufgenommenen Patienten schon bei Aufnahme für eine stationsäquivalente Behandlung infrage gekommen wären, bei welchen im Verlauf der Behandlung eine ‚Verlegung‘ in die stationsäquivalente Behandlung möglich gewesen wäre, und ob StäB nach Einschätzung der Behandler der stationären Behandlung überlegen wäre, wurden die Abteilungsleitungen in mehreren internen Schulungen und fallbezogenen Diskussionsforen auf diese Erhebung vorbereitet und führten diese für jeden neu aufgenommenen Patienten in der Regel selbst durch. Dabei wurde davon ausgegangen, dass alle Diagnosegruppen für eine stationsäquivalente Behandlung infrage kommen, ebenso jede Art des privaten Wohnens oder einer betreuten Wohnform bis hin zum Rande der Wohnungslosigkeit. Ersterkrankte und chronisch Kranke waren gleichermaßen im Fokus. Die Ersterhebung an mehr als 800 stationär aufgenommenen Patienten ergab die Einschätzung, dass StäB aus therapeutischer Sicht bei 24% möglich und gleichwertig gewesen wäre, dies von Beginn an bei 13% und im Verlauf der Behandlung bei 11%. Bei insgesamt 13% wäre darüber hinaus die Behandlung zu Hause nicht nur möglich, sondern auch besser geeignet gewesen. Hier wäre StäB von Beginn an bei 9% und im Verlauf bei 4% vorzuziehen gewesen.

Ausblick

StäB stellt 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 besonders anspruchsvoll ist.

Literatur

- Boege I, Schepker R, Herpertz-Dahlmann B, Vloet TD* (2015) Hometreatment – Eine effektive Alternative zu konventionellen Behandlungsformen? Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 43 (6), 411–423
- Conen ML [Hrsg.]* (2017) Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 6. Aufl.
- DGSF* (2009) Qualitätskriterien der DGSF zur Praxis der Aufsuchenden Familientherapie <https://www.dgsf.org/zertifizierung/qualitaetskriterien/aft-qualitaetskriterien>
- DIMDI* (2018a) Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2018/block-9-65...9-69.htm#code9-691>
- DIMDI* (2018b) Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2018/block-9-65...9-69.htm#code9-65>
- DIMDI* (2018c) 9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen. <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2018/block-9-80...9-80.htm#code9-801>
- DKG* (2017) Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Vereinbarung der Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Absatz 2 SGB V sowie ergänzende Informationen. 19. Dezember 2017
- Henggeler SW, Schoenwald SK, Borduin CM, Rowland MD, Cunningham PB* (2012) Multi-systemische Therapie bei dissozialem Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Berlin Heidelberg: Springer
- Längle G, Gottlob M, Elsässer-Gaißmaier HP* (2017) Umsetzung des § 115d PsychVVG: Stationsäquivalente Behandlung – Die nächsten Schritte. Psychiat Prax 44: 417–422
- von Sydow K, Beher S, Retzlaff R, Schweitzer-Rothers J* (2006) Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe

Kontaktadresse:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Chefarzt, Fachbereichsarzt
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
LVR-Klinik Viersen
Horionstr. 14, D-41747 Viersen
Email: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
Internet: www.klinik-viersen.lvr.de