

Vorlage Nr. 15/281

öffentlich

Datum: 25.05.2021
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Frau Peek

Krankenhausausschuss 3	07.06.2021	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	08.06.2021	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	09.06.2021	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	10.06.2021	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	15.06.2021	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Bericht zu neuen Versorgungsformen im LVR-Klinikverbund

Kenntnisnahme:

Der Bericht der Verwaltung zu neuen Versorgungsformen im LVR-Klinikverbund wird gemäß Vorlage Nr. 15/281 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:

Auf Grundlage des Beschlusses der Landschaftsversammlung zum Antrag Nr. 14/212 wird mit dieser Vorlage zu der aktuellen Umsetzung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) und weiteren aufsuchenden (neuen) Versorgungsformen berichtet.

Zur Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten und personenzentrierten psychiatrischen Versorgung wird im deutschen Gesundheitssystem versucht, sektorübergreifende Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten zu etablieren. Diese bereits seit der Psychiatrie-Enquête (1975) bestehenden Bemühungen um eine Überwindung der Sektorengrenzen wurden durch verschiedene Initiativen des Gesetzgebers unterstützt und von den LVR-Kliniken aufgegriffen.

Eine zentrale Bedeutung wird dabei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung zugeschrieben, die mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) seit dem 01.01.2018 erbracht werden kann.

Durch StäB wurde die Möglichkeit geschaffen, eine vom Inhalt sowie der Flexibilität und Komplexität der Versorgung einer vollstationären Krankenhausbehandlung entsprechende Behandlung außerhalb einer Klinik zu erbringen. Diese neue Versorgungsform, die von formalen Rahmenbedingungen stark reglementiert ist, wird von den LVR-Kliniken in Mönchengladbach und Viersen angeboten. Zudem befinden sich weitere LVR-Kliniken in der Vorbereitungsphase für eine StäB-Implementierung.

Des Weiteren existieren an unterschiedlichen Standorten/für unterschiedliche Fachbereiche der LVR-Kliniken diverse Home Treatment und weitere aufsuchende Angebote. Hierzu wird neben den PIA-Vergütungen auch der Gestaltungsspielraum von Modellvorhaben nach § 64b SGB V, individuelle Projektförderungen und Einzelvereinbarungen mit den Krankenkassen genutzt.

Übergreifend lässt sich festhalten, dass alle LVR-Kliniken Angebote mit aufsuchenden Elementen vorhalten bzw. sich in der abschließenden Vorbereitungsphase befinden. Dabei unterscheiden sich die Interventionen allerdings zum Teil gravierend in der Behandlungsintensität und Flexibilität, der Finanzierungs- und Rechtsgrundlage und dem Erreichungsgrad für die Patient*innen sowie der nachhaltigen Umsetzbarkeit. Die Umsetzung der geplanten Projekte sowie ein möglicher Ausbau bestehender Versorgungsangebote wird wesentlich von dem Verhalten der Kostenträger beeinflusst.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vorgestellten komplexen Behandlungsangebote das Potential haben, die oben genannte Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten und personenzentrierten psychiatrischen Versorgung zu unterstützen. Sie können zudem die multiprofessionelle und dialogische Ausrichtung von Behandlungskonzepten positiv beeinflussen.

Eine detaillierte Auswertung der Erfahrungen und Ergebnisse - bezogen auf StäB sowie die weiteren aufsuchenden Angebote - ist in der aktuellen Phase noch nicht aussagekräftig.

Begründung der Vorlage Nr. 15/281:

Gliederung

1.	Auftrag	2
2.	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB)	3
2.1.	Entwicklungen auf Bundesebene	3
2.1.1.	Rechtliche Grundlagen und Ziele	3
2.1.2.	Grundlagen für die Implementierung	4
2.1.3.	Bundesweite Implementierungserfahrungen	5
2.2.	Umsetzung im LVR-Klinikverbund	6
2.2.1.	Implementierung von StäB	6
2.2.2.	Vorbereitungen für StäB	7
2.2.3.	Entwicklungsperspektiven aus Sicht der LVR-Kliniken	7
3.	Home Treatment und weitere aufsuchende Angebote	8
3.1.	Home Treatment und weitere aufsuchende Angebote in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	8
3.2.	Home Treatment und weitere aufsuchende Angebote in der Erwachsenenpsychiatrie	9
4.	Fazit	11

1. Auftrag

Mit Beschluss der Landschaftsversammlung wurde am 08.10.2018 dem Antrag 14/212 - Neue Versorgungsformen im Klinikverbund – zugestimmt, womit die Verwaltung gebeten wird, die Einführung von Home Treatment und weiteren neuen Versorgungsformen in den LVR-Kliniken zu prüfen und über die Umsetzung zu berichten.

Die Möglichkeiten des Angebotes Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) in der LVR-Klinik Viersen wurden bereits am 07.09.2018 durch den Ärztlichen Direktor, Herrn Dr. Marggraf, im Gesundheitsausschuss vorgestellt. Ein weiterer Bericht über die Implementierung im LVR-Klinikverbund soll entsprechend im Laufe des Jahres 2021 erfolgen.

Die Verwaltung berichtet in dieser Vorlage zu den bundesweiten Erkenntnissen zur StäB und zu den Entwicklungen innerhalb des LVR-Klinikverbundes.

Neben den zentralen Aspekt der StäB werden zudem weitere Projekte zur Implementierung bzw. Etablierung aufsuchender Angebote der LVR-Kliniken vorgestellt, um über weitere Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung der LVR-Kliniken zu informieren.

Über Themen zur Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten und Querschnittsthemen berichtet die Verbundzentrale zudem mit separaten Vorlagen oder ergänzend mit anderen Berichtsformaten. Hierzu wird auf den LVR-Psychiatrie-Report aus 10/2020 verwiesen, wo eine Vielzahl der Angebote in dieser Vorlage, wie StäB, DynaLIVE und GBV, zusammengefasst wurde. Ergänzend wurden durch weitere Vorlagen, bspw. mit der

Vorlage 14/2800, immer wieder Teilaspekte des Antrags 14/212 aufgegriffen und an die politische Vertretung kommuniziert.

2. Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB)

2.1. Entwicklungen auf Bundesebene

2.1.1. Rechtliche Grundlagen und Ziele

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde in Deutschland die Grundlage für den Aufbau einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung geschaffen.

Der Gesetzgeber hat mit dem PsychVVG den § 39 Absatz 1 SGB V neu gefasst und den § 115d SGB V neu eingefügt.

Laut § 39 Abs. 1 SGB V umfasst StäB „eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.“ Damit besteht bei einer stationär behandlungsbedürftigen psychischen Krankheit die Option, diese als StäB durchzuführen und flexibler am Krankheitsverlauf der Patient*innen auszurichten sowie die strukturelle Trennung zwischen ambulant und stationär zu überwinden.

Damit ist neben stationärer, ambulanter und teilstationärer Behandlung eine eigenständige intensive und wohnortnahe Behandlungsform entstanden, die zeitlich begrenzt integriert und multimodal unter fachärztlicher Leitung stattfindet. Neben den überwiegend im Lebensumfeld der Patient*innen durchgeführten aufsuchenden Behandlungseinheiten können auch in der Klinik erbrachte Teilleistungen für ergänzende Diagnostik und Therapie genutzt werden.

Ein von einer Vielzahl von Fachgesellschaften unterzeichnetes Eckpunktepapier zu StäB sieht in der stationsäquivalenten Behandlung von Menschen mit akuten psychischen Störungen einen möglichen zentralen Baustein auf dem Weg zur Versorgungsoptimierung. Neben der Reduktion stationärer Behandlungszeiten können damit die Behandlungsbereitschaft und die Patient*innenzufriedenheit gesteigert werden.¹

Nach Einschätzung einiger Fachgesellschaften wird neben der Symptomreduktion zudem die Steigerung der Lebensqualität unterstützt sowie die Chance auf ein möglichst selbstbestimmtes Leben der Betroffenen geschaffen. Als weitere Ziele werden die Reduzierung des Einsatzes von Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen der Patient*innen, insbesondere von freiheitsentziehenden und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, sowie die Verminderung von Aggression und Gewalt aufgeführt.

Die Evidenzlage internationaler Studien spricht dafür, dass aufsuchende Behandlungsformen zudem stationäre Aufenthalte verhindern können. Durch das Aufsuchen der psychisch erkrankten Menschen im Lebensumfeld lässt sich die

¹ Vgl. hierzu Gemeinsames Eckpunktepapier zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB), S. 6 (https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/ee7cd3010fd2de4e9d144856cd436cb0f864d3e8/2018-06-18_Eckpunktepapier_St%C3%A4B_Verb%C3%A4nde_Logos_fin.pdf, Zugriff am 17.03.2021)

Behandlung für die Patient*innen und Bezugspersonen gewaltärmer, effektiver und nicht selten mit nachhaltigerer Wirkung gestalten. Zudem wird dadurch Inklusion gefördert und eine Erhöhung der Behandlungszufriedenheit nicht nur auf Ebene der Patient*innen, sondern auch der Angehörigen erreicht.²

Die Wirkung auf die Angehörigen ist durch die Besonderheit des Behandlungssettings erklärbar, welches auch die intensive Arbeit mit der Familie und/oder dem sozialen Netzwerk ermöglicht. Zudem erfolgt die Stärkung psychosozialer Fertigkeiten durch die Erbringung psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfen im Lebensumfeld, entsprechend den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten der Patient*innen sowie Angehörigen.³

Diese Erkenntnisse spiegeln sich in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ wieder, wonach Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen die Möglichkeit haben sollen, auch in akuten Krankheitsphasen in ihrem gewohnten Lebensumfeld von multiprofessionellen Teams behandelt zu werden (mit Empfehlungsgrad A und Evidenzebene 1a zur klinischen Anwendung empfohlen).⁴

2.1.2. Grundlagen für die Implementierung

Damit eine stationsäquivalente Behandlung durchgeführt werden kann, gilt es, eine Vielzahl von Anforderungen zu erfüllen. Die dazu von dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der privaten Krankenversicherungen und der DKG ausgearbeitete Rahmenvereinbarung sowie die gemeinsam erstellte Leistungsbeschreibung definieren unter anderem Qualitätsanforderungen der Leistungserbringung. Darin wird neben der bestehenden Indikation für eine stationäre Behandlung zusätzlich die Behandlungsfrequenz und -intensität von mindestens einem täglichen persönlichen Kontakt durch das multiprofessionelle fachärztlich geleitete Behandlungsteam, welches sich aus mindestens 3 Berufsgruppen zusammensetzt, festgeschrieben. Enthalten sind zudem zahlreiche weitere, speziell für die StäB geltende Vereinbarungen, wie die Prüfung des häuslichen Umfeldes auf Eignung und der Vermeidung einer drohenden Kindswohlfährdung sowie zur Sicherstellung der Behandlung und Anforderungen an die Dokumentation in der Patientenakte.⁵

Ergänzt wird die Rahmenvereinbarung durch die von der DKG formulierten Umsetzungsempfehlungen, die ergänzende Informationen für die Praxis beinhalten. Diese Materialien, in Kombination mit ersten Praxiserfahrungen, ermöglichen zwar eine Orientierung, jedoch bestehen weiterhin viele Unsicherheiten. Ein Beispiel hierfür ist die Mitbehandlung interkurrenter Erkrankungen, wo weiterhin unklar ist, ob diese zu Lasten des StäB-anbietenden Krankenhauses geht.

Die Durchführung der neuen hochreglementierten Behandlungsmöglichkeit ist mit diversen Herausforderungen und Unsicherheiten verbunden. Dementsprechend sind standortspezifische intensive Vorplanungen notwendig, in denen neben konzeptionellen,

² Beispiel internationaler Modelle sind bspw. Weinmann et al. (2020): Psychiatrische Krisenintervention zu Hause - Das Praxisbuch zu StäB & Co., S. 12ff zu entnehmen.

³ Vgl. Hauth (2017): Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d SGB V – ein erster Schritt zu Behandlungsformen im häuslichen Umfeld. Psychiat Prax 2017; 44: 309–312

⁴ Vgl. Gühne et al. (2019): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

⁵ Die Regelungen sind im Detail in der Rahmenvereinbarung nachzulesen. Aufzurufen unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/2017_08_01_KH_Vereinbarung_Staeb_115_d_Abs_2_SGB_V_Unterschriftenfassung.pdf

organisatorischen und personellen auch rechtliche und finanzielle Fragen geklärt werden müssen, bevor mit einer Implementierung gestartet werden kann.

2.1.3. Bundesweite Implementierungserfahrungen

Bereits durch die Psychiatrie-Enquête wurde die Forderung nach aufsuchender Arbeit formuliert, welche aber weder durch die Integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V noch durch Modellvorhaben nach § 64b SGB V flächendeckend angeboten werden. Auch bei der StäB kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht von einer bundesweiten Implementierung gesprochen werden, da es bis zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gelungen ist, in jedem Bundesland ein StäB-Angebot zu etablieren.

Von den bundesweiten ca. 30 StäB-anbietenden Kliniken wird insgesamt von einer sehr skeptischen Haltung der Krankenkassen berichtet. Diese spiegelt sich auch in dem Prüfverhalten des Medizinischen Dienstes wieder, was von Beteiligten durchaus als destruktiv beschrieben wird. Die Prüfquoten lagen anfänglich bei 80 – 100% der StäB-Fälle und betreffen in den meisten StäB-Kliniken aktuell immer noch über 60% der Fälle.

Die Krankenkassen berichten von einer steigenden Fallzahl, die für die Umsetzbarkeit und Akzeptanz eines StäB-Angebotes sprechen. Jedoch wird deutlich auf ausführliche Dokumentation zur Einhaltung der Anforderungen aus der Bundesvereinbarung sowie der OPS-Codes hingewiesen. Dieses spiegelt sich besonders in gehäuften Rückfragen bezüglich der formalen Rahmenbedingungen in den Prüfungen durch den Medizinischen Dienst wieder.⁶ Hierbei ist insbesondere die Sichtweise der Krankenkasse zur Äquivalenz zur Behandlung im Krankenhaus hinderlich, wodurch eine innovative Ausgestaltung therapeutische Intervention begrenzt wird.

In StäB wird eine Chance zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung gesehen, die von vielen Ebenen beeinflusst wird. Dieses bildet sich auch in bundesweiten Diskussionen zu Krankenhausplanungen ab, wo es zu klären gilt, wie StäB auf den Versorgungsauftrag angerechnet wird. Bisher existieren dazu sehr heterogene Ansätze. Laut dem Landesbeauftragten für Psychiatrie in Berlin sieht der angekündigte Krankenhausplan Berlin vor, dass StäB-Plätze mindestens einen Anteil von 5%, gemessen an den vollstationären Kapazitäten, erreichen sollen und angekündigte Kapazitätserhöhungen ausschließlich teilstationär oder als StäB umzusetzen sind. In Baden-Württemberg werden hingegen (aktuell) zusätzliche Ressourcen für StäB zur Verfügung gestellt.

Durch bisher häufig kleine StäB-Teams bestehen an vielen Standorten Probleme bei der Besetzung der Wochenenddienste oder auch bei kurzfristigen Ausfällen, Kündigungen, Beschäftigungsverbot, etc. Auch die Personalfindung – Stichwort Fachkräftemangel – gestaltet sich an vielen Standorten schwierig.

⁶ Siehe hierzu Längle et al.(2020): Stationsäquivalente Behandlung – Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen. *Nervenheilkunde* 2020; 39: 704-710

2.2. Umsetzung im LVR-Klinikverbund

2.2.1. Implementierung von StäB

Wie bereits unter 2.1 ausgeführt, sind bei der Umsetzung der StäB umfassende Vorgaben – unter Berücksichtigung spezifische Gegebenheiten und Planungen der einzelnen Kliniken – einzuhalten.

Im LVR-Klinikverbund hat die LVR-Klinik Viersen bereits im Juli 2018 im Fachbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Oktober 2018 in der Erwachsenenpsychiatrie mit der praktischen Umsetzung dieser neuen komplexen Behandlungsform begonnen. Aktuell werden sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch in der Erwachsenenpsychiatrie zeitgleich bis zu 6 Patient*innen durch das multiprofessionelle Team des jeweiligen Fachbereichs betreut.⁷

Auch in der LVR-Klinik Mönchengladbach wurde zwischenzeitlich mit der Implementierung der StäB begonnen. Überlagert wurde die erste Phase der Umsetzung von StäB durch die bestehende Pandemie, die eine Etablierung des Angebotes erschwerte. Hier sollen im Versorgungsgebiet der Stadt Mönchengladbach bis zu 5 Patient*innen zeitgleich ein StäB-Behandlung erhalten können, mit einem Schwerpunkt in der Behandlung von allgemeinspsychiatrischen und gerontopsychiatrischen Patient*innen.

Die umsetzenden LVR-Kliniken haben für die Behandlung im Lebensumfeld der Patient*innen alle unter 2.1 ausgeführten Vorgaben zu erfüllen, welches eine noch stärker patientenorientierte und weniger institutionsorientierte Haltung und Ablauforganisation erfordert. Notwendig dafür: ein hohes Maß an Koordination, guter Kommunikation und effizienter Dokumentation, um die Flexibilität und Mobilität der Mitarbeitenden und einen guten Informationsstand innerhalb des Behandlungsteams zu gewährleisten. Der umfassende Dokumentations- und Organisationsaufwand, der deutlich aufwändiger ist als im stationären Setting, ist für die Mitarbeitenden der StäB-Teams spürbar. Zudem ist die Abdeckung aller Dienstzeiten, auch an den Wochenenden, insbesondere für die derzeitigen kleinen StäB-Teams problematisch.

Trotz der Herausforderungen werden die bisherigen Erfahrungen von den Beteiligten als sehr positiv empfunden und decken sich mit den unter 2.1 aufgeführten Erwartungen. Insbesondere die ausgeprägte Orientierung am realen Leben der Patient*innen stärkt die Behandlung nachhaltig. Allerdings ist auch anzumerken, dass der von Seiten der Mitarbeitenden dafür notwendige Perspektivwechsel – zu Gast bei den Patient*innen – erst gelernt werden muss und insbesondere in der Startphase oftmals herausfordert.

Weiterhin deuten die bisherigen Erfahrungen darauf hin, dass die Kostenträger auch im Bereich des LVR diesem neuen Ansatz eher skeptisch gegenüberstehen. Dieses spiegelt sich in Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst wieder, wo grundsätzliche Differenzen zu überwinden sind.

Vor diesem Hintergrund gilt es, weiterhin Erfahrungen zu sammeln und bei Bedarf notwendige Anpassungsprozesse vorzunehmen.

⁷ Weiterführende Informationen sind dem LVR-Psychiatrie-Report zu entnehmen. Grundsätzlich umfasst die für StäB mögliche Versorgungsregion das Pflichtversorgungsgebiet der LVR-Klinik Viersen. Aufzurufen unter: https://klinikverbund.lvr.de/media/klinikverbund/ueber_uns/Psychiatriereport_2020_barrierefrei.pdf

2.2.2. Vorbereitungen für StäB

Weitere LVR-Kliniken befinden sich in unterschiedlichen Phasen der Vorbereitung für StäB.

In der LVR-Klinik Düren konnten bereits die umfangreichen Vorarbeiten, wie die IT-Voraussetzungen, nahezu fertig gestellt werden, sodass der Start eines StäB-Angebotes ab dem Sommer 2021 für die ersten Patient*innen geplant wird.

Der Implementierungsprozess zur StäB des LVR-Klinikums Düsseldorf in der Abteilung für Allgemeine Psychiatrie 2 ist als Teil einer sektorübergreifenden Behandlungseinheit nach dem so genannten Track-Konzept geplant. Das Track-Konzept zielt auf eine bessere Verzahnung der Behandlungssettings – stationär, teilstationär, ambulant – ab, wodurch eine flexiblere Anpassung an die individuelle Situation der Patient*innen erfolgen kann. Neben anderen Vorteilen für Patient*innen und Mitarbeitende lässt sich auch StäB im Rahmen eines Track-Konzeptes besonders gut darstellen und durchführen.

Der aktuelle Zeitplan des LVR-Klinikums sieht das 1. und 2. Quartal 2021 zur Vorbereitung und Schulung der Teams für die Implementierung der Track- und StäB-Einheit vor. Ab dem 3. Quartal 2021 soll die StäB-Versorgung beginnen und sukzessive bis auf 20 Behandlungsplätze ausgebaut werden.

Der Schwerpunkt der Track- und StäB-Einheit soll im Bereich psychotischer Erkrankungen liegen, aber auch andere diagnostische Gruppen sollen einbezogen werden sowie Personen, die ansonsten Vorbehalte gegenüber einem Klinikaufenthalt haben. Als Versorgungsregion sind aus pragmatischen Gründen die kliniknahen Stadtteile Düsseldorf-Gerresheim und Düsseldorf-Flingern vorgesehen.

Mit dem Ziel, die aufsuchende Behandlung insgesamt zu befördern, Erfahrungen zu sammeln sowie motiviertes Personal zu gewinnen und zu qualifizieren, plant auch die LVR-Klinik Köln ein StäB-Angebot. Pandemiebedingt wurden die Vorbereitungen für die Etablierung von StäB ausgesetzt, sollen aber nach der Normalisierung der Situation durch die bereits gebildete Projektgruppe wiederaufgenommen werden.

Neben den vorgestellten Entwicklungen im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie gibt es auch Bemühungen, StäB-Angebote in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu etablieren. Dazu werden in dem LVR-Klinikum Essen bereits alle erforderlichen Ressourcen und Strukturen zur StäB bei affektiven Störungen (F30.x) bei Kindern- und Jugendlichen vorgehalten.

Zunächst soll eine Erprobung auf Basis individueller Vereinbarungen mit der jeweiligen Krankenkasse des Patienten/der Patientin für initial 3-4 Patient*innen im Jahr erfolgen. Eine reguläre Implementation, für die Versorgungsregion Essen, Oberhausen und Mülheim/Ruhr, ist geplant, sobald ein Abschluss der entsprechenden Verhandlungen mit den Krankenkassen erfolgt ist.

2.2.3. Entwicklungsperspektiven aus Sicht der LVR-Kliniken

Wegen der starren Vorgaben, die zur Umsetzung der StäB vereinbart wurden, sehen einige Akteur*innen in StäB nicht das individuelle, bedarfsadaptierte Angebot, das die Patient*innen mit schweren psychischen Störungen benötigen. International ist eine flexiblere Leistungserbringung möglich, wodurch sich beispielsweise die Kontakthäufigkeit

an den Bedürfnissen der Patient*innen und nicht an der Mindestanforderung eines täglichen Kontaktes orientiert.

Dabei ist zu beachten, dass die weitere Entwicklung innovativer Versorgungsangebote neben dem Engagement der Kliniken auch wesentlich vom Verhalten der Kostenträger beeinflusst wird. Durch die bisher skeptische Haltung der Krankenkassen wird die Perspektive zum Abschluss einer Budgetlösung für das Jahr 2021 als schwierig eingestuft. Ohne den Abschluss einer klinikindividuellen StäB-Vereinbarung, welche die ressourcenintensiven Leistungen abbildet, ist die Refinanzierung nicht gesichert. Ferner wirken sich die sehr hohen Quoten bei Prüfungen des Medizinischen Dienstes hinderlich auf den dynamischen Prozess der Weiterentwicklung aus.

Auch die Covid-19 Pandemie beeinflusst die Entwicklung und Umsetzungsplanung der aufsuchenden Versorgungsangebote. Bspw. herrschte in den ersten Monaten der Pandemie große Unsicherheit bezüglich ambulanter und aufsuchender Angebote. Aufgrund des massiven Anstiegs zusätzlicher pandemiebedingter Aufgaben und der phasenweise höheren Personalausfallquoten wurde der Planungs- und Etablierungsprozess im weiteren Verlauf der Pandemie nachhaltig gestört. Die LVR-Kliniken weisen darauf hin, dass trotz Reduktion der Belegung eine hohe Arbeitsverdichtung besteht und zudem auch eine Erschöpfung des Personals durch die lange Pandemiezeit zu beobachten ist.

3. Home Treatment und weitere aufsuchende Angebote

Neben einer Etablierung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung setzen die LVR-Kliniken weitere aufsuchende Versorgungsangebote um bzw. befinden sich in der Konzepterstellungsphase für die Erweiterung ihres Angebotspektrums. Einige dieser Angebote werden in den folgenden Abschnitten zusammenfassend vorgestellt.

3.1. Home Treatment und weitere aufsuchende Angebote in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Seit April 2019 wird in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie im LVR-Klinikum Essen Home Treatment bei jugendlicher Magersucht (Anorexia nervosa) angeboten. Im Anschluss an eine stationäre Versorgung kann eine Weiterbehandlung im Home Treatment, als Alternative zu einer längeren stationären Behandlung und zur Tagesklinikbehandlung, erfolgen. Aktuell werden bis zu 3 Patient*innen, mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 16 Wochen, parallel im Home-Treatment versorgt, sodass im Schnitt 9 Patient*innen pro Jahr im Home-Treatment erreicht werden können.

Des Weiteren laufen im LVR-Klinikum Essen Vorbereitungen für eine Intensivierte ambulante Behandlung, die emotional instabile Jugendliche mit nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten ansprechen soll. Geplant werden dafür zu Beginn je 2-4 Patient*innen pro 10 Wochen. Nach ersten Gesprächen mit den Krankenkassen gibt es positive Signale, jedoch muss die Vergütung der neuen Behandlungsoption noch verhandelt werden, bevor eine Umsetzung erfolgen kann.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie der LVR-Klinik Bedburg-Hau werden im ambulanten Bereich bis zu 10 Patient*innen aufsuchend betreut. Konzeptionell ist dies vorrangig prä- oder poststationär für Patient*innen vorgesehen, die beispielsweise eine besondere Unterstützung benötigen, um die nötige Compliance für eine Behandlung vor Ort zu entwickeln oder nach einer stationären Behandlung eine besondere Unterstützung bei der Reintegration in einen alters- und entwicklungsadäquaten Alltag benötigen.

Zudem werden im stationären Bereich multiprofessionelle therapeutische Einheiten im häuslichen Umfeld angeboten, bei denen besondere Fragestellungen/Bedarfe vorhanden sind. Derzeit ist dieses Angebot aufgrund der Corona-Pandemie nur auf dringendste Fragestellungen reduziert.

3.2. Home Treatment und weitere aufsuchende Angebote in der Erwachsenenpsychiatrie

- **Ambulante aufsuchende Suchtbehandlung (AAS)**

Die ambulante aufsuchende Suchtbehandlung (AAS) beschreibt ein zeitlich befristetes, ambulant aufsuchendes Behandlungsangebot, welches als Ergänzung zur stationären Behandlung Abhängigkeitserkrankter im Anschluss an eine stationäre Behandlung sowohl in Langenfeld als auch in Köln implementiert wurde.

Ziel ist es, die stationär erreichte Stabilität zu sichern und auf den Alltag zu übertragen. Dies dient u.a. der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen und schnellen Rückfällen sowie der Verkürzung stationärer Aufenthalte und Vermeidung schneller Neuaufnahmen. Zudem wird die Einbindung in das ambulante Versorgungssystem und in die Selbsthilfeangebote gefördert und die Therapieadhärenz verbessert.

Die Erfahrungen zu diesem Angebot werden von den beteiligten Kliniken als gut bewertet, was sich beispielsweise durch deutlich geringere Wiederaufnahmeraten abbildet.

Leider ist es bisher nicht gelungen, eine Vereinbarung zur Verstetigung des Projektes mit den Krankenkassen abzuschließen. Eine Finanzierung kann aktuell lediglich über die PIA-Pauschalen erfolgen, die nicht kostendeckend sind. Durch die unzureichende Finanzierung wird eine Ausweitung bzw. Etablierung des Angebotes stark limitiert. Um dem entgegen zu wirken, wird sich in Gesprächen mit den Krankenkassen weiterhin um eine Überführung der AAS in die Regelversorgung bemüht.

- **Aufsuchende Behandlung aus den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)**

Aufsuchende Behandlungen werden u.a. von den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) angeboten und haben sich dort zum Teil bereits langjährig etabliert.

So wird beispielsweise durch die Gerontopsychiatrische Institutsambulanz der LVR-Klinik Köln bereits seit 2002 eine längerfristige, ambulant aufsuchende Behandlung von Bewohner*innen von Seniorenheimen und Demenz-WGs angeboten.

An verschiedenen PIA-Standorten werden Menschen mit psychischen Erkrankungen und chronischen Abhängigkeitserkrankungen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder für Suchttherapie durch die PIAs aufsuchend behandelt.

Diese regelmäßig im Lebensumfeld der Patient*innen erbrachte Leistung wird regulär über die PIA-Pauschalen finanziert.

- **Home Treatment im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SGB V**

Mit dem Modellprojekt DynaLIVE (Dynamische, lebensnahe, integrative Versorgung) bietet die LVR-Klinik Bonn flexible Behandlungsformen an, in denen das Setting der Behandlung - vollstationär, tagesklinisch, aufsuchend oder in einer Kombination verschiedener Behandlungsorte - sich flexibler als bisher an den Bedarfen der Betroffenen orientiert. Im Gegensatz zur stationsäquivalenten Akutbehandlung (StäB) gemäß § 115d SGB V existieren beim Home Treatment im Rahmen des Modellvorhabens DynaLIVE nach § 64b SGB V der LVR-Klinik Bonn keine Vorgaben zur Häufigkeit der direkten Kontakte mit Patient*innen, Visiten oder Fallbesprechungen. Auch die in der aufsuchenden Behandlung eingebundenen Berufsgruppen sind beim Home Treatment im Rahmen des Modellvorhabens nach § 64b SGB V nicht vorgegeben. Häufig wird dabei die aufsuchende Arbeit mit Therapieangeboten innerhalb der LVR-Klinik (Stationsunabhängigen Leistungen - SuL) kombiniert.

Die Notwendigkeit zur Flexibilisierung der Leistungserbringung wird von mehreren Akteur*innen der psychiatrischen Versorgung betont. Vor diesem Hintergrund bestehen von Seiten der LVR-Klinik Langenfeld Überlegungen, mit den Krankenkassen in Gespräche einzusteigen, inwieweit Möglichkeiten der flexiblen Leistungserbringung in der ambulant aufsuchenden Versorgung bestehen. Hierbei ist daran gedacht, sich am dem Modellvorhaben der LVR-Klinik Bonn (DynaLIVE) zu orientieren. Die Regionen Solingen und Leverkusen scheinen aufgrund der dezentralen Struktur, mit einer Dependance im Versorgungsgebiet, gut geeignet für ein regional begrenztes Modellvorhaben nach § 64b SGB V. Sofern mit den Krankenkassen keine Umsetzungsperspektiven entwickelt werden können, steht ein StäB-Konzept für die Umsetzung bereit.

- **Gemeindepsychiatrische Basisversorgung (GBV)**

Ein weiteres Modellprojekt mit aufsuchenden Behandlungselementen ist die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung (GBV), die durch den Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert wird.

Im Rahmen der GBV wird für Menschen, die aufgrund einer schweren psychiatrischen Erkrankung einen komplexen psychosozialen Hilfedarf haben, eine SGB-übergreifend ambulant-aufsuchende psychosoziale Gesamtversorgung aufgebaut. Die erkrankten Menschen sollen alle für sie indizierten Hilfen niederschwellig erreichen und verbundförmig „wie aus einer Hand“ erhalten. An dem bundesweiten Projekt beteiligen sich die LVR-Kliniken in Essen, Langenfeld (in Solingen und Mettmann), Mönchengladbach und Viersen.⁸

Weiterhin werden im Rahmen von Modellprojekten in regelmäßigen Abständen Angebote entwickelt. Ein Beispiel hierfür ist das im Rahmen eines durch das MAGS geförderten Modellprojektes „PsyKom“. In diesem wurde in den Jahren 2017 bis 2020 ein sektorübergreifendes psychosoziales Komplexbetreuungsmodell durch das LVR-IVF entwickelt und an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie I der LVR-Klinik Köln implementiert.

⁸ Weiterführende Informationen unter <https://gbv.online/>

4. Fazit

Eine Vielzahl der vorgestellten Projekte befinden sich noch in der Start- bzw. Vorbereitungsphase in einem dynamischen Umfeld. Insofern wird mit dieser Vorlage der aktuelle Status abgebildet, ohne dass derzeit allgemein gültige verbundweite Erkenntnisse und Konsequenzen ableitbar sind.

Alle hier vorgestellten komplexen Behandlungsangebote haben Potential, die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten und personenzentrierten psychiatrischen Versorgung zu verbessern. Sie können zudem die multiprofessionelle und dialogische Ausrichtung von Behandlungskonzepten unterstützen.

Diesbezügliche Erfahrungen und Ergebnisse - bezogen auf StäB sowie die weiteren aufsuchenden Angebote – werden aber erst mit deutlichem Abstand zu der aktuellen Phase quantitativ und qualitativ auswertbar sein.

Auch Erkenntnisse zu den bundesweiten Entwicklungen, wie zu Modellvorhaben nach § 64b SGB V oder zur StäB, liegen zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht umfassend vor. Es ist zu erwarten, dass der nach § 115d Abs.4 SGB V geforderte Bericht über die Auswirkungen der StäB, der bis zum 31.12.2021 erstellt werden soll, und ergänzende Evaluationsstudien, wie die durch den Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderte AKtiV-Studie, zu einer Diskussion über die konzeptuelle Weiterentwicklung von StäB beitragen.

Nochmals ist an dieser Stelle auf die Zurückhaltung der Krankenkassen zu verbindlichen Kostenerstattungsvereinbarungen hinzuweisen, wodurch einige der Versorgungsformen zu einer wirtschaftlichen Belastung der Kliniken führen. Die Umsetzung der geplanten Projekte sowie ein möglicher Ausbau bestehender Versorgungsangebote wird somit wesentlich vom Verhalten der Kostenträger beeinflusst. Zudem gilt es, den möglichen Einfluss des Pandemie-Geschehens bei den Weiterentwicklungen zu berücksichtigen.

Auch wenn die für die momentane Umsetzung dargestellten Hindernisse und Schwierigkeiten die praxiswirksame Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen erschweren, empfiehlt es sich insgesamt, die Bemühungen weiter aufrechtzuerhalten.

In Vertretung

W e n z e l – J a n k o w s k i