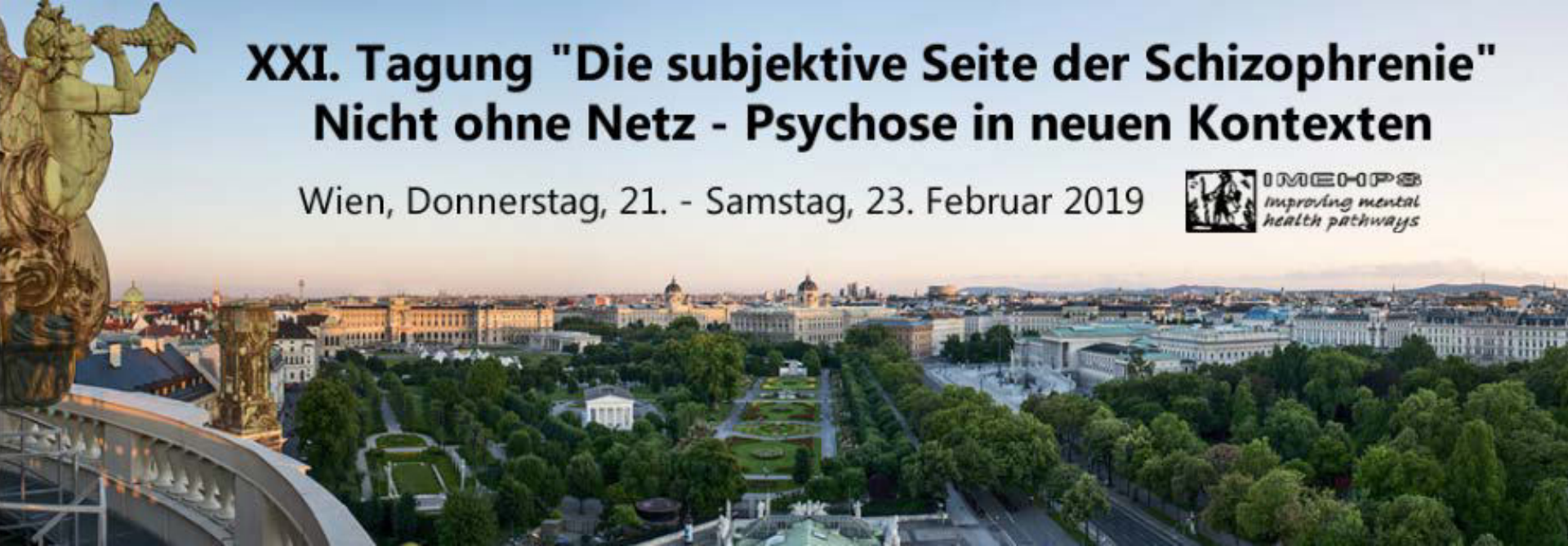


XXI. Tagung "Die subjektive Seite der Schizophrenie" Nicht ohne Netz - Psychose in neuen Kontexten

Wien, Donnerstag, 21. - Samstag, 23. Februar 2019



Die Akutstation geht in die Gemeinde (STäB et al)

Thomas Becker und Uta Gühne

Dank an Dr Eva Ketisch, Prof Gerhard Längle, Melanie Gottlob und Martin Holzke

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg

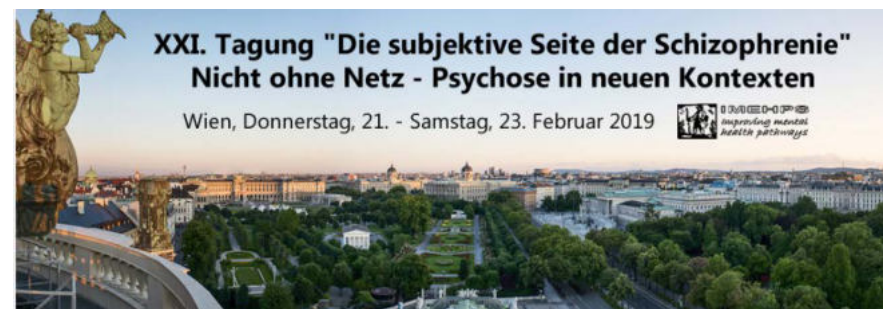


ulm university universität
uulm

bezirkskliniken
schwaben



Prof. Dr. Harald J. Freyberger *1957 † 2018



Gliederung

- Konzept
- Evidenz
- Entwicklung in Deutschland
- Stationsäquivalente Behandlung/ PsychVVG
- Umsetzung STäB in Deutschland (Längle, Holzke, Gottlob)
- Beispiel Isar-Amper-Klinikum München (Ketisch, Bareither, Weikl)
- Zusammenfassung

Gliederung

- Konzept
- Evidenz
- Entwicklung in Deutschland
- Stationsäquivalente Behandlung/ PsychVVG
- Umsetzung STäB in Deutschland (Längle, Holzke, Gottlob)
- Beispiel Isar-Amper-Klinikum München (Ketisch, Bareither, Weikl)
- Zusammenfassung

Leitthema

Nervenarzt 2015 · 86:1313–1319
DOI 10.1007/s00115-015-4331-8
Online publiziert: 7. Oktober 2015
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

F.U. Lang¹ · U. Gühne² · S.G. Riedel-Heller² · T. Becker¹

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg

² Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät, Universität Leipzig

Innovative patientenzentrierte Versorgungssysteme

Internationale Perspektiven

Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen sollten gemeinde- und realitätsnah sein. Die Gemeindepsychiatrie mit ihrem Leitgedanken des multidisziplinären Teams kommt dieser Idee nahe. Meilensteine der Entwicklung stellen in diesem Kontext das Assertive Community Treatment (ACT) und das Home Treatment (HT) dar. Ansätze für die Zukunft können im Peer Involvement und in Recovery-orientierten Angeboten der Versorgung liegen.

Bei der Versorgung psychisch kranker Menschen kam es auch in Deutschland in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts

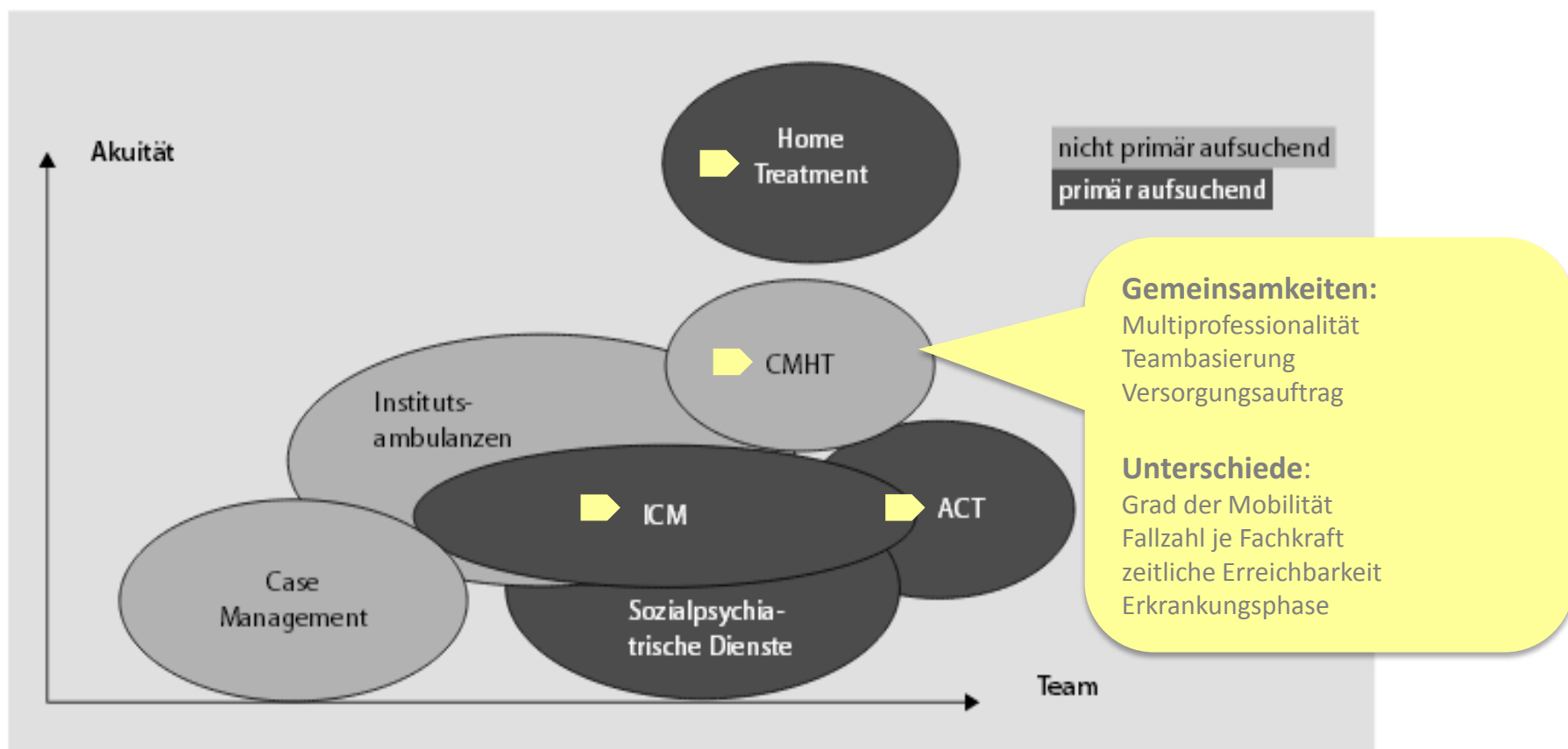
meindenahe und bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch Kranken zu gewährleisten, ihre Gleichstellung mit körperlich Kranken zu erreichen und ihre Dauerinstitutionalisierung zu vermeiden. Zu diesem Zweck wurden bestehende psychiatrische Krankenhäuser verkleinert, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eröffnet und komplementäre gemeindepsychiatrische Dienste auf- und ausgebaut.

» Der Prozess der Deinstitutionalisierung ist durchweg positiv zu bewerten

ren Reichweite jedoch begrenzt war. In Europa stellten die Psychiatrie-Enquete (1976) in Deutschland und die Abschaffung der psychiatrischen Krankenhäuser in Italien (1978) wichtige Weichenstellungen der Gesetzgebung hin zur gemeindepsychiatrischen Versorgung dar. Die folgenden Jahre waren geprägt von der zunehmenden evidenzbasierten Evaluation dieser neuen Versorgungsansätze [6].

Bislang ist der Prozess der Deinstitutionalisierung durchweg positiv zu bewerten, insbesondere mit Blick auf die Lebensqualität sowie die Reduktion sozialer Behinderung und die Entstigmatisierung bei den Betroffenen [50]. Die vorliegende narrative Übersichtsarbeit fokussiert auf

Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung



Darstellung ambulanter gemeindepsychiatrischer Ansätze (mod. nach Becker T, Hoffmann H, Puschner B, Weinmann S. Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer 2008)

Die Empfehlungen der S3-Leitline: Worauf sie sich gründen ...

► International erprobte Modelle der Versorgung

- Assertive Community Treatment (ACT)
- Home Treatment (HT)
- Intensive Case Management (ICM)
- Community Mental Health Teams (CMHT)

► Belegte Wirksamkeit/ Evidenz

in zahlreichen randomisierten und kontrollierten Studien
(RCTs= Goldstandard)

Reduzieren Zahl und Dauer stationärer Aufenthalte
Weniger Behandlungsabbrüche
Behandlungszufriedenheit höher
Soziale Inklusion (Wohnen, Arbeit)
Kosteneffektivität

Empfehlungen (Update)



Empfehlung 10 (NEU):

In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia-Ib

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

Empfehlung 11 (NEU):

Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

Empfehlung 12 (NEU):

Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

Kriseninterventions- und Home Treatment (HT) Teams

Grundidee

- Angebot verschiedener Behandlungsoptionen
- Multidisziplinäres Behandlungsangebot mit möglichst geringer Mitarbeiterfluktuation
- Möglichkeit schneller Krisenintervention
- kurze Behandlungsdauer (4-6 Wochen)
- Berücksichtigung klinischer und psychosozialer Aspekte
- höhere Patientenzufriedenheit verglichen mit stationärer Behandlung

Konzept/ Komponenten

- Flexible Kommunikation mit dem Patienten und seinem sozialen Netzwerk
- Medikamentengabe und Supervision der Einnahme zu Hause
- Kontinuierliche Betreuung bis zum Ende der Krise und Gewährleistung einer kontinuierlichen Nachbetreuung
- Reduktion stationärer Aufnahmen
- Versorgung psychisch Kranker durch deren Angehörige zu Hause eher bei Verfügbarkeit eines HT-Teams möglich

Konzept/ Komponenten

- Erreichbarkeit 24 Stunden/ Tag, 7 Tage/ Woche
- gate-keeping Rolle (für stationäre Aufnahme)
- Ziel ist Angebot einer der stationären Therapie gleichwertigen oder besseren Behandlung
- höhere Patientenzufriedenheit
- Reduktion der stationären Verweildauer

Forschungsstand

Wie ist die Studienlage?

Autoren Jahr	Anzahl Studien Land	Patienten Diagnosen Anzahl	Intervention	Kontroll- intervention	Länge des Follow up' s
NICE guideline Schizophrenia 2014	6 RCTs Australien, Kanada, UK, USA <ul style="list-style-type: none"> • Pasamanick 1964 • Stein 1975 • Fenton 1979 • Hoult 1983 • Muijen 1992 • Johnson 2005 	SMI-Patienten in psychischer Krise und stationärer Behandlungs- notwendigkeit (Schizophrenien, Depressionen, Angststörungen etc.) N=851	- Crisis resolution home treatment teams (k=1) - Behandlung zu Hause mit Krisenintervention (k=5)	herkömmliche stationäre multi- professionelle psychiatrische Behandlung	4 bis 104 Wochen
Murphy et al. 2015 (Cochrane Review)	8 RCTs Australien, Kanada, UK, USA <ul style="list-style-type: none"> • Pasamanick 1964 • Stein 1975 • Fenton 1979 • Hoult 1983 • Muijen 1992 • Johnson 2005 • Fenton 1998 • Howard 2010 	SMI-Patienten in psychischer Krise und stationärer Behandlungs- notwendigkeit (Schizophrenien, Depressionen, Angststörungen etc.) N=1144 (N=41-250)	- Crisis resolution home treatment teams (k=1) - Behandlung zu Hause mit Krisenintervention (k=5) - Krisenhäuser (k=2)	herkömmliche stationäre multi- professionelle psychiatrische Behandlung	3 bis 24 Monate

Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld auf verschiedene Zielparameter

	Metaanalyse NICE-Leitlinie Schizophrenie NICE 2014	Metaanalyse Cochrane Review Murphy 2015
Krankheitsassoziierte Merkmale		
↓ Sterbefälle		~
↓ Symptomschwere		++ ¹
↑ Allgemeinzustand		~
↑ soziale Funktionen		~
Behandlungsassoziierte Merkmale		
↓ stationäre Wiederaufnahmeraten (ohne initiale Aufnahme)	++	++ ¹
↓ stationäre Behandlungszeiten		++ ¹
↓ Behandlungsabbrüche		++
Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion		
↑ Beschäftigungssituation		~
↓ Haftstrafen, Gewaltaktivitäten		~
↓ Wohnungslosigkeit		~
Zufriedenheit und erlebte Belastungen		
↓ erlebte Belastungen, Angehörige		++
↑ Behandlungszufriedenheit, Patienten	++ ¹	++ ¹
↑ Behandlungszufriedenheit, Angehörige		++ ¹
↑ Lebensqualität		~
Kosteneffektivität		
↑ Kosteneffektivität		++ ¹

++: signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe, ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen
 ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung, ¹: basiert auf Ergebnissen aus einer RCT

REVIEW ARTICLE

International Journal of
Geriatric Psychiatry

The effectiveness of crisis resolution/home treatment teams for older people with mental health problems: a systematic review and scoping exercise

Sandeep Toot^{1,†}, Mike Devine² and Martin Orrell¹

¹Department of Mental Health Sciences, University of North East London

²North East London NHS Foundation Trust, Dag Hammarskjöld Centre

Correspondence to: S. Toot, PhD Student, E-mail: s.toot@nhs.uk

[†]Research & Development Department, North Essex Health Foundation, North Essex IG3 8XJ, UK.

Objective: To assess the effectiveness of crisis resolution/home treatment teams for older people with mental health problems.

Design: A systematic review was conducted of crisis resolution/home treatment teams (CRHTTs) for older people with mental health problems. A scoping exercise was carried out to assess the effectiveness of CRHTTs in the context of policy and research.

Results: The literature contains Grade C evidence, according to the Oxford Centre of Evidence Based Medicine (CEBM) guidelines, that CRHTTs are effective in reducing numbers of admissions to hospitals. Outcomes such as length of hospital stay and maintenance of community residence were reviewed but evidence was inadequate for drawing conclusions. The scoping exercise defined three types of home treatment teams: generic CRHTTs, specialist older adults CRHTTs, and intermediate care services.

Effektivität Home Treatment Teams für ältere Menschen:

Bescheidene Evidenz bezüglich Effektivität in der Reduktion stationärer Aufnahmen, Entwicklung einer Typologie

Aim to assess effectiveness of CRHTTs for older people with mental health problems, systematic review, scoping exercise/ typologies of older people's CRHTTs, grade C evidence that CRHTTs are effective in reducing numbers of hospital admissions, scoping exercise resulted in different types of CRHTTs (generic CRHTTs, specialist older adults CRHTTs, intermediate care services).

Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial

Günter Klug, Gerhard Hermann, Brigitte Fuchs-Nieder, Manuela Panzer, Andrea Haider-Stipacek, Hans Georg Zapotoczky* and Stefan Priebe

Background

There is little evidence available about what service models are effective in the treatment of elderly people with depression. quality of life (SQOL), admissions to nursing homes, duration of psychiatric inpatient treatment, and the cost of care.

Aims

To test the effectiveness of home treatment for elderly people with depression.

Method

In a randomised controlled trial, 100 elderly people with major depression were randomised to home treatment or to standard psychiatric out-patient care. The primary outcome was the level of depressive symptoms at 12 months. Secondary outcomes included quality of life (SQOL), admissions to nursing homes, duration of psychiatric inpatient treatment, and the cost of care.

Table 1
(sub
care

Geriatric
Baseline
3 months
12 months

Global
Baseline
3 months
12 months

Subjective quality of life
Baseline
3 months
12 months

Effektivität Home Treatment Teams für ältere Menschen (Österreich):
Evidenz für verringerte depressive Symptombelastung, besseres globales Funktionsniveau und Lebensqualität. Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Behandlung und Pflege nach einem Jahr reduziert.

Life Profile
national out-patient
outcome as covariate

F P

22.3
29.7
<0.001
<0.001

26.2
53.1
<0.001
<0.001

3.85 (3.52-4.17)
4.51 (4.41-4.83)
4.77 (4.60-5.11)
4.29 (3.85-4.61)
3.86 (3.45-3.88)
3.45 (3.06-3.63)
40.0
61.9
<0.001
<0.001

Journal of Mental Health, June 2012; 21(3): 285–295
© 2012 Informa UK, Ltd.
ISSN: 0963-8237 print / ISSN 1360-0567 online
DOI: 10.3109/09638237.2011.637999

informa
healthcare

REVIEWS

Crisis resolution teams in the UK and elsewhere

DIENEKE HUBBELING & R

Wandsworth Crisis and Home Treatm

Abstract

Background: Crisis resolution and home treatment teams (CRTs) have been established nationwide in the UK to replace hospital-based services. Evidence for CRTs was limited at the time of the review.
Aims: Review of the literature accumulated since national rollout (2000).
Method: Systematic narrative literature search of Medline, PsycINFO, and PsycINFO.

Results: The search revealed one randomised controlled trial (RCT) and 11 naturalistic studies. The balance of evidence suggests that CRTs can reduce hospital beds and costs with similar symptomatic outcome and service user satisfaction, but there is no evidence that CRTs are the only way to do so. There is no conclusive evidence that CRTs cause an increase in serious and untoward incidents (SUIs) or compulsory admissions.

Conclusions: Currently, there is no compelling evidence for the widespread implementation of CRTs. In the future, the incidence of compulsory admissions and CRTs need to be studied as a national trial.

Home Treatment Teams können Nutzung von Krankenhausbetten und Kosten bei gleichwertiger Symptomreduktion und Nutzerzufriedenheit reduzieren

Kein Hinweis auf (schwere) Nebenwirkungen

Evidence limited at time of introduction of CRTs, review of literature accumulated since national rollout (2000), 1 RCT & naturalistic studies, balance of evidence suggests that CRTs can reduce hospital beds & costs with similar symptomatic outcome and service user satisfaction, no evidence that CRTs are the only way to do so, no conclusive evidence that CRTs cause increase in serious & untoward incidents or compulsory admissions

Wheeler et al. BMC Psychiatry (2015) 15:74
DOI 10.1186/s12888-015-0441-x

**RESEARCH ARTICLE****Open Access**

Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review

Claire Wheeler¹, Brynmor Lloyd-Evans^{1*}, Alasdair Churchard¹, Caroline Fitzgerald¹, Kate Fullarton¹, Liberty Mosse¹, Bethan Paterson¹, Clementina Galli Zugaro² and Sonia Johnson¹

- systematische Übersichtsarbeit untersuchte Aspekte der Implementierung von aufsuchender Akutbehandlung; RCTs, naturalistische Studien und qualitative Arbeiten, Surveys und Leitlinien
- Aus quantitativen Studien, in denen mindestens zwei CRHTs miteinander verglichen wurden, ergeben sich Hinweise auf **Assoziation zwischen psychiatrischer Expertise im Team und Reduktion stationärer Aufnahmen** um 40%; Mehrheit der Studien fand keine klaren Zusammenhänge hinsichtlich der Aspekte Teamorganisation, Ausdehnung der Behandlungszeiten und Pflege- oder Psychiater-geleitetes Assessment (**Evidenzgrad III**)
- Vergleichsstudien (CRHT vs. Standardbehandlung) verweisen auf reduzierte Zahl stationärer Aufnahmen sowie Dauer stationärer Behandlungen durch CRHT; in 3/5 Studien höhere Patientenzufriedenheit; für keines zahlreicher CRHT-Merkmale (z.B. 24-Stunden-Service, Gatekeeping-Funktion, Personal-Patienten-Verhältnis, ärztliche Expertise, Multidisziplinarität) konsistenter Effekt (**Evidenzgrad III-Ib**), Hinweis auf Vorteile hinsichtlich reduzierter stationärer Inanspruchnahme bei 24-stündigem Service vs. reduzierter Behandlungszeit (**Evidenzgrad III**)

RESEARCH ARTICLE

Open Access



CrossMark

Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams

Brynmar Lloyd-Evans^{1*}, Gary R. Bond², Torleif Ruud^{3,4}, Ada Ivanek⁵, Richard Gray⁵, David Osborn¹, Fiona Nolan⁶, Claire Henderson⁷, Oliver Mason^{6,12}, Nicky Goater⁸, Kathleen Kelly⁹, Gareth Ambler¹⁰, Nicola Morant¹, Steve Onyett¹¹, Danielle Lamb¹, Sarah Fahmy¹, Ellie Brown⁵, Beth Paterson¹, Angela Sweeney¹, David Hindle¹, Kate Fullerton¹, Johanna Frerichs¹ and Sonia Johnson¹

Abstract

Background: Crisis Resolution Teams (CRTs) provide short-term intensive home treatment to people experiencing mental health crisis. Trial evidence suggests CRTs can be effective at reducing hospital admissions and increasing satisfaction with acute care. When scaled up to national level however, CRT implementation and outcomes have been variable. We aimed to develop and test a fidelity scale to assess adherence to a model of best practice for CRTs, based on best available evidence.

Methods: A concept mapping process was used to develop a CRT fidelity scale. Participants ($n = 68$) from a range of stakeholder groups prioritised and grouped statements ($n = 72$) about important components of the CRT model, generated from a literature review, national survey and qualitative interviews. These data were analysed using Ariadne software and the resultant cluster solution informed item selection for a CRT fidelity scale. Operational criteria and scoring anchor points were developed for each item. The CORE CRT fidelity scale was then piloted in 75 CRTs in the UK to assess the range of scores achieved and feasibility for use in a 1-day fidelity review process. Trained reviewers ($n = 16$) rated CRT service fidelity in a vignette exercise to test the scale's inter-rater reliability.

Results: There were high levels of agreement within and between stakeholder groups regarding the most important components of the CRT model. A 39-item measure of CRT model fidelity was developed. Piloting indicated that the scale was feasible for use to assess CRT model fidelity and had good face validity. The wide range of item scores and total scores across CRT services in the pilot demonstrate the measure can distinguish lower and higher fidelity services. Moderately good inter-rater reliability was found, with an estimated correlation between individual ratings of 0.65 (95% CI: 0.54 to 0.76).

Home Treatment in der Akutbehandlung im Kanton Aargau, Schweiz

Einleitung – Home Treatment der PDAG

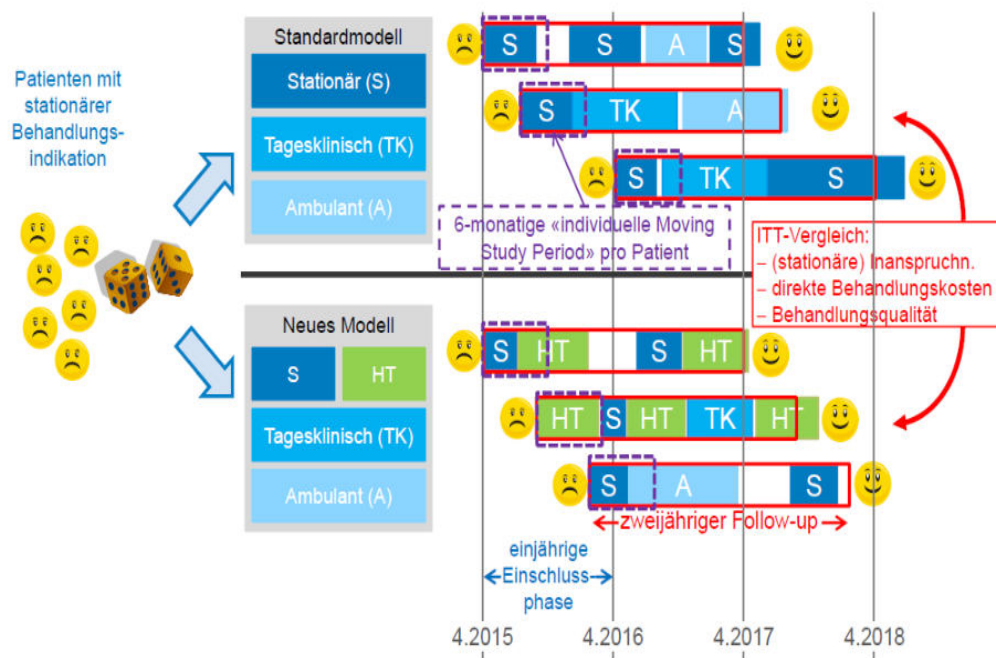
Versorgungsregion



ca. 80% der Aargauer Bevölkerung erreichbar

Begleitevaluation

RCT zum Vergleich zweier Behandlungsmodelle



25.11.2016

PDAG
Psychiatrische Dienste
Aargau AG

ipw
Integrierte Psychiatrie
Winterthur – Zürcher Unterland

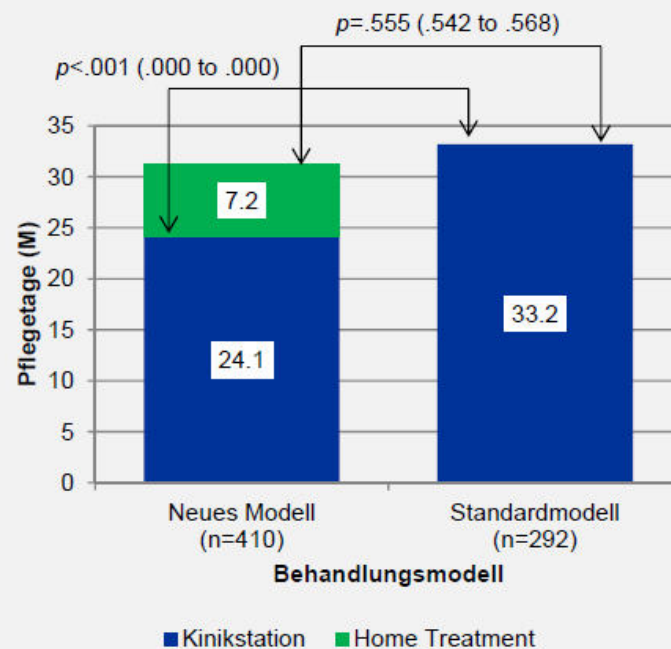
Universität
Zürich

19

Ergebnisse

Primärer Endpunkt

Durchschnittliche Anzahl Pflegetage pro Patient: Intention to treat-Analyse



Note: Mann-Whitney U-test: Monte Carlo method (99% CI)

PDAG
Psychiatrische Dienste
Aargau AG

ipw
Integrierte Psychiatrie
Winterthur – Zürcher Unterland

Universität
Zürich



What really matters in Crisis Resolution and Home Treatment Team care:

The CORE fidelity scale summarises consensus on best practice in CRHTTs from all available evidence

Excellent communication

- Publically available, direct phone number for referrers and service users.
- Thorough handovers and information sharing within the team so staff attend visits well informed.
- Consistent, comprehensive notes kept of all assessments and visits, written up promptly.
- High quality risk assessments are recorded for all.

Items: 2, 33



Staffing

- Multidisciplinary team to include: psychiatrists, nurses, social workers, occupational therapists, psychologists, pharmacists, support workers, service user employees.
- 14 FTE staff per caseload of 25 service users.

Items: 27, 28, 29, 32, 36



Frequent and reliable visits

- Service users are visited frequently, with twice daily visits usual until the crisis starts resolving.
- An intensive and persistent approach is taken to people who are hard to engage.
- At least some of the visits received are of substantial length – 30mins to an hour.
- Contacts are usually at home or in other community settings.
- Times fit in with service users and carers' needs, the team come when they say they will, always call if prevented from doing so.

Items: 12, 21, 23, 36, 39



Active engagement with family and friends

- With the service user's permission, contact family or involved supporters, and invite them to assessments, care planning, discharge meetings.
- Offer support and information.

Items: 13, 14, 16, 26



Kindness and compassion

- Kind and compassionate staff who listen carefully and sympathetically.
- Developing good therapeutic relationships with service users and carers should be a major focus.
- Regular CRHTT-specific training and monthly supervision can help maintain good relationships.

Items: 21, 22, 30



Quick response to all

- Clinical staff available to answer phone calls from referrers, service users, and carers immediately.
- Initial assessments carried out within 4 hours.
- Staff available 24/7 to take calls from service users on caseload and carers.

Items: 1, 9



Focus on severe crises

- The team works only with people experiencing severe crises where hospitalisation likely to be needed without the team.
- Distressed people not at risk of admission are directed to other more suitable services.
- Discharge is prompt once crisis resolved, with time on caseload usually less than a month.

Items: 4, 10



Individualised care plans

- Comprehensive assessments to provide individualised care and risk management plans for every service user.
- Care plans are based on assessment of individual medical, psychological and social need.
- Brief psychological interventions readily available
- Team addresses major social and practical problems contributing to crises
- Team always assesses needs for physical health assessment and care
- Self-management and relapse prevention work carried out as standard.

Items: 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 31, 35



Continuity with other services

- Regular meetings with other services in order to facilitate seamless transfer of care.
- Joint visits take place throughout time on caseload & at discharge to agree shared care plans.

Items: 8, 25, 34, 37



Open access to all

- 24/7 service that accepts referrals from: all secondary mental health services, primary care staff e.g. GPs, midwives, practice nurses, service users and their families, police and other emergency services, and voluntary sector and housing services.

Items: 3, 5,

24/7

Gatekeeping/early discharge

- The team gatekeeps 100% of voluntary and compulsory admissions in person.
- All inpatients are screened for suitability for early discharge, with rapid discharge and same-day follow up when appropriate

Items: 6, 7



Journal of Mental Health,
February 2010; 19(1): 75–87

informa
healthcare

REVIEW

Service users' experience of crisis resolution teams

MONIKA GULLSLETT W
HESOOK SUZIE KIM

Department of Health Sciences, Bu

Findings

Although the services referred to in the studies were different in their practice philosophy and organization, certain issues shared common threads. In all the papers the major objective of the CR/HT was to provide a service of equal or better quality than inpatient care, and to improve client satisfaction by preventing hospitalization or creating more humane and better planned admissions, and to reduce the length of stay in hospitals when inpatient admissions result with CR/HT service (Brimblecome, 2001; Joy et al., 2006; Kalucy et al., 2004; Robin et al., 2008; Scott, 2000; Whittle & Mitchell, 1997). In general the positive experiences of help revealed in these studies were related to crisis services that made it possible to stay at home and carry on with normal patterns of daily living. They appreciated flexible professionals who were open for negotiation and personal choices, and were interested in users' own coping strategies and understanding of the situation. Including family members was also appreciated (Hopkins & Niemiec, 2007; Karlsson & Hultberg, 2007). Results from three of the included quantitative studies indicate that the patients' satisfaction is significantly higher with CR/HT teams than with inpatient treatment (Johnson et al., 2005a; Johnson et al., 2005b; Scott, 2000). On the other hand, certain unhelpful issues were also disclosed in the studies, such as feelings of discontinuity in the service, a short follow-up care, staff shortage, a long wait for care, and a lack of information on medicine and illness (Ampelas et al., 2005; Clark et al., 2007; Hopkins & Niemiec, 2007). It is interesting that most of these negative experiences are closely related to organization of services rather than the processes of practice.

Three themes emerged as critical components of CR/HT in these studies from the service user perspective: (a) access and availability of immediate and home-based services, (b) being understood as "normal" human beings, and (c) dealing with crises in an everyday life context.

Positive Aspekte aus Nutzer-Sicht



Zugang und Verfügbarkeit

- Niedrigschwelliger Zugang
- Rasche Hilfe
- Verfügbarkeit über 24 h an 7 Tagen die Woche
- Telefonische Erreichbarkeit
- Management und Koordination aller anderen Hilfen
- Handling der Krise im persönlichen Umfeld mit geeigneter Unterstützung sehr positiv erlebt



Akzeptanz als „normal“

- Respekt, Verständnis und Vertrauen spüren
- Ressourcen betonen
- Verantwortung für den eigenen Recovery Prozess übernehmen
- Veränderungen bewirken
- Voraussetzung dafür sei die tatsächliche Verfügbarkeit der Teammitarbeiter bei Bedarf



Sicherheit zu Hause mit Krise

- Erfahrung, eine Krise „sicher“ in der eigenen Wohnung zu überstehen, sei eine sehr wichtige Erfahrung für die Betroffenen
- Diese Erfahrung nähere Hoffnung und erhalte die Kontinuität der Alltagsroutine aufrecht

Gliederung

- Konzept
- Evidenz
- Entwicklung in Deutschland
- Stationsäquivalente Behandlung/ PsychVVG
- Umsetzung STäB in Deutschland (Längle, Holzke, Gottlob)
- Beispiel Isar-Amper-Klinikum München (Ketisch, Bareither, Weikl)
- Zusammenfassung

Home Treatment Modelle in Deutschland



Klinisches Home Treatment
Integrativ Psychiatrische Behandlung (IPB)
am Krankenhaus Maria Hilf Krefeld

Ein neuer Weg

im Kreis Steinfurt



Home Treatment

Behandlung zu Hause

Psychiatrische Behandlung
ZUHAUSE

Mobiles Krisenteam (Home Treatment)

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psycho-
somatik / Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
der Universität Ulm



Bezirkskrankenhaus Günzburg

Bezirk Schwaben

Akademisches Krankenhaus
der Universität Ulm



Das „Hamburger Modell“ bezeichnet ein integriertes
Versorgungsmodell (IV-Modell) für schwer erkrankte Psychose-
Patienten.



LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



Therapie im häuslichen Umfeld:
Ein neues Angebot
des Fachklinikums Uchtsprünge

Überblick



[Ministerium](#)[Themen](#)[Presse](#)[Service](#)Bundesministerium
für Gesundheit

4. Quartal

Sie sind hier: [🏠](#) > [Presse](#) > [Pressemitteilungen](#) > [2016](#) > [4. Quartal](#) > [2-3 Lesung PsychVVG](#)

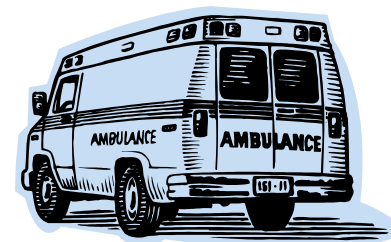
Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe: „Weichen für eine gute Versorgung seelisch kranker Menschen gestellt“

Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen vom Bundestag beschlossen

Berlin, 11. November 2016

Der Deutsche Bundestag hat gestern in 2./3. Lesung das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) beschlossen.

➡ Um die sektorenübergreifende Versorgung zum Nutzen der Patienten weiter zu stärken, wird eine **psychiatrische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (home treatment)** als Krankenhausleistung eingeführt.



Im §115d PsychVVG, SGB V

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (STäB)

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

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach §115d SGB V – ein erster Schritt zu Behandlungsformen im häuslichen Umfeld

Inpatient-Equivalent Treatment According to §115d SGB V – A First Step Towards Various Treatments in Home Environment



Iris Hauth

Autor

Iris Hauth

Institut

Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik, Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee
GmbH

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-114172>

Online-Publikation: 26.6.2017 | Psychiat Prax 2017; 44:
309–312

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0303-4259

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



Bezüglich der konkreten Ausgestaltung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung waren der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft aufgefordert, Regelungen hinsichtlich der Anforderungen

- an die Dokumentation,
- an die Qualität der Leistungserbringung sowie
- an die Beauftragung von weiteren Leistungserbringern

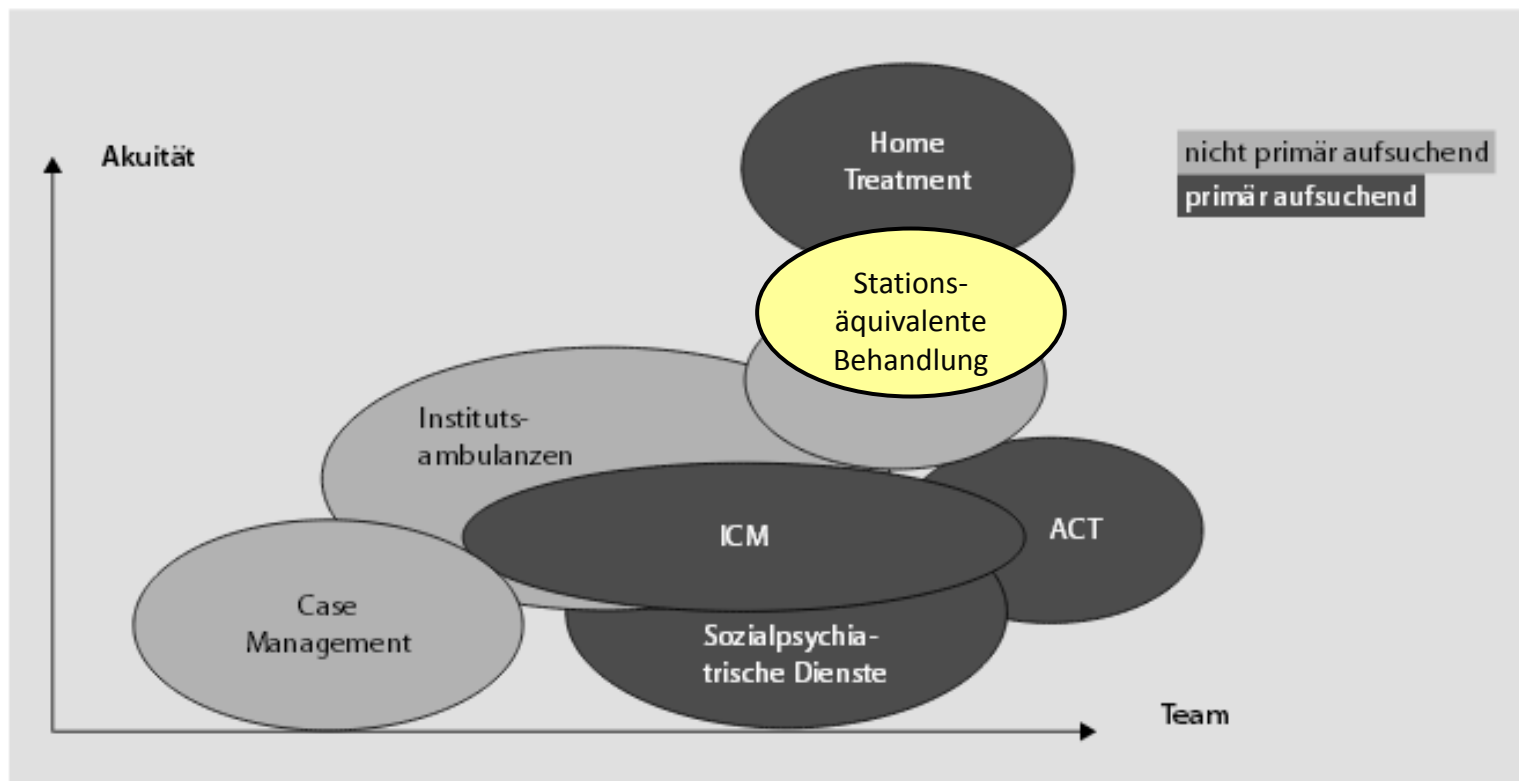
gemäß. § 115d Abs. 2 SGB V zu vereinbaren. Die entsprechende Vereinbarung wurde geschlossen und ist zum 01.08.2017 in Kraft getreten.

📄 **Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V vom 01.08.2017**
(PDF, 59 KB)

Seit dem 1. Januar 2018 können Krankenhäuser eine psychiatrische Akutbehandlung auch im häuslichen Umfeld erbringen

- Leitung durch einen Facharzt/ multiprofessionelles Team aus ärztlichem und pflegerischem Dienst sowie mind. ein Vertreter einer weiteren Berufsgruppe (z. B. Psychologe/Psychotherapeut, Sozialarbeiter oder Ergotherapeut)
- Mind. ein direkter Patientenkontakt pro Tag durch mind. ein Mitglied des Teams/ als direkter Patientenkontakt gelten auch Kontakte mit dem Patienten in der Klinik, z.B. zur Diagnostik oder Gruppentherapie
- wöchentlich eine fachärztliche Visite in der Regel im häuslichen Umfeld des Patienten sowie eine multiprofessionelle Fallbesprechung zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs festgeschrieben
- Therapiezeiten sind berufsgruppenspezifisch zu kodieren/ Fahrzeiten werden nicht angerechnet
- Vorgaben zur Eignung des häuslichen Umfeldes/ zur Berücksichtigung des familiären Umfelds/ Kindswohl
- zur Sicherstellung der Behandlung an Werktagen und bei Krisen
- Anforderungen an die Beauftragung von weiteren Leistungserbringern aus dem ambulanten Sektor seitens des Krankenhauses

Perspektive der Stationsäquivalenten Behandlung

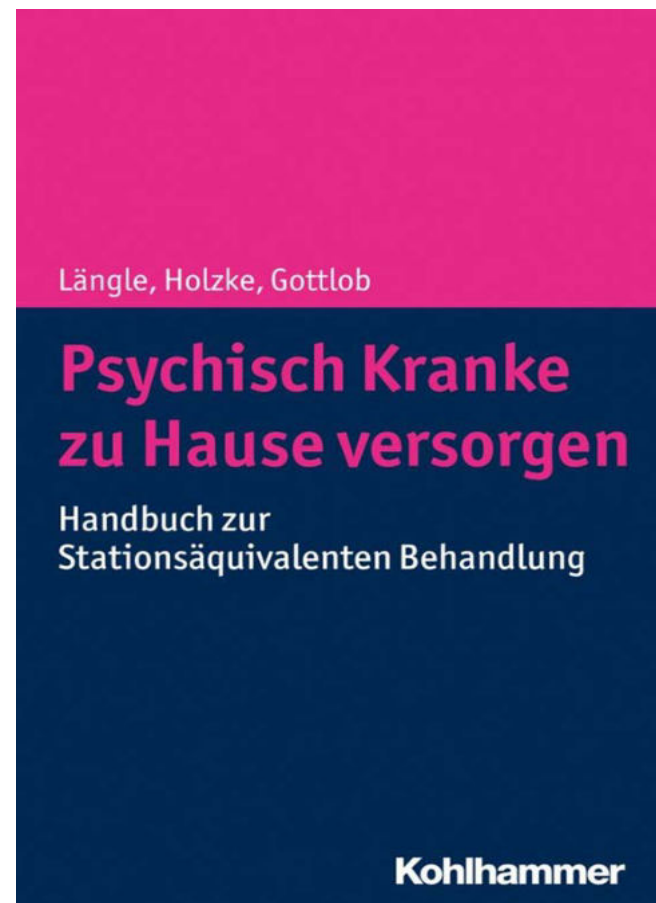


Darstellung ambulanter gemeindepsychiatrischer Ansätze (mod. nach Becker T, Hoffmann H, Puschner B, Weinmann S. Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer 2008)

Gliederung

- Konzept
- Evidenz
- Entwicklung in Deutschland
- Stationsäquivalente Behandlung/ PsychVVG
- **Umsetzung STäB in Deutschland** (Längle, Holzke, Gottlob)
- Beispiel Isar-Amper-Klinikum München (Ketisch, Bareither, Weikl)
- Zusammenfassung

Stationsäquivalente Behandlung (StäB): Erfahrungen aus dem ZfP Südwürttemberg



Prof. Dr. Gerhard Längle, Ärztliche Leitung Zentralbereich Medizinstrategie und Regionaldirektion Alb-Neckar;
Geschäftsführung PP.rt und GP.rt Reutlingen Melanie Gottlob, Projektmanagement StäB; Jan. 2019

StäB in ZfP Südwürttemberg + PP.rt

- seit 01.01.2018
- 7 Standorte

In den Versorgungsbereichen:

- Allgemeinpsychiatrie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Alterspsychiatrie
- Suchterkrankungen



Rechtliche Grundlagen

PsychVVG und Rahmenvereinbarung

- StäB ist vollstationärer Behandlung gleichwertig
- Entscheidung liegt beim Krankenhaus
- Berechtigte Leistungserbringer: Fachkrankenhäuser oder Allgemeinkrankenhäuser mit Fachabteilungen mit Versorgungsverpflichtung
- Voraussetzungen:
 - stationäre Behandlungsindikation
 - Eignung des häuslichen Umfeldes
 - Zustimmung der Angehörigen/Mitbewohner*innen



Rechtliche Grundlagen

Rahmenvereinbarung (DKG, Krankenkassen)

- StäB-Team
ärztlicher Dienst, pflegerischer Dienst und mindestens ein Vertreter einer weiteren Berufsgruppe
- Rufbereitschaft
 - StäB-Team im Rahmen des üblichen Tagesdienstes an Werktagen
 - nachts und am Wochenende allgemeine Rufbereitschaft möglich
- mind. 1 persönlicher Kontakt pro Tag
- 24-stündige klinische Therapieverantwortung und täglicher persönlicher Kontakt an sieben Tagen pro Woche
- Möglichkeit einer jederzeitigen vollstationären Aufnahme
- wöchentlich: multiprofessionelle Fallbesprechung, Visite



Dokumentation

- OPS 9-701
- Vorgaben aus Rahmenvereinbarung
- Anforderungen an Übermittlung an Krankenkassen

Checkliste

Anforderung	Was ist wo im NEXUS/KIS zu dokumentieren?
Grundlagen / Häufigkeit <ul style="list-style-type: none"> • StäB ist täglich berufsgruppenspezifisch zu dokumentieren • Fahrzeiten werden nicht angerechnet 	Kontaktzeit in Minuten pro Berufsgruppe Therapiedokumentation
Vorliegen einer stationären Behandlungsindikation	Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit mit Aufnahmebefund und Anamnese bzw. Fremdanamnese (dokumentierbar im Entlassbrief)
Eignung des häuslichen Umfeldes festzustellen durch Facharzt; Prüfung sowohl zu Beginn als auch im Verlauf Faktoren, die Behandlungserfolg entgegenstehen: <ul style="list-style-type: none"> • Drohende Kindeswohlgefährdung • Fehlende Möglichkeit zu m therapeutischen Vier-Augen-Gespräch 	Formular „ Fachärztliche Einschätzung zur StäB-Gewährung “ auf Patientenakte.
Sicherstellung der Versorgung des Patienten Klärung zwischen Krankenhaus, Patient und häuslichem Umfeld	Formular „ Fachärztliche Einschätzung zur StäB-Gewährung “ auf Patientenakte.
Zustimmung des häuslichen Umfeldes <ul style="list-style-type: none"> • alle im selben Haushalt lebenden volljährigen Personen • auch im Falle sich ändernder Behandlungsbedingungen • bei Patienten in Pflege-/Betreuungseinrichtung Zustimmung der Einrichtung 	Formular „ Fachärztliche Einschätzung zur StäB-Gewährung “ auf Patientenakte.
Berücksichtigung des Kindeswohls bei Entscheidung zu StäB, sofern minderjährige Kinder im Haushalt leben <ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung durch fachärztliche Leitung • Bei Bedarf Einbindung Facharzt für Pädiatrie oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 	Ergebnis der jeweiligen Prüfung sowie eventuell daraus abgeleitete Maßnahmen sind im Formular „ Fachärztliche Einschätzung zur StäB-Gewährung “ zu vermerken.
Kinder im Säuglingsalter (0-1 Jahre) im Haushalt <ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung der Versorgung der Säuglinge durch fachärztliche Leitung • Bei Bedarf sind entsprechende Fachkräfte (z.B. Hebamme, Kinderkrankenschwester) hinzuzuziehen 	
Eltern-Kind-Behandlung <ul style="list-style-type: none"> • Prüfung durch fachärztliche Leitung, ob eine zusätzliche gemeinsame Behandlung von Eltern und Kind erfolgen muss 	
Therapiezielorientierte Behandlung	
Wöchentliche multiprofessionelle Fallbesprechung zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei StäB an mehr als sechs Tagen in Folge) <ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung durch fachärztliche Leitung • Teilnahme von mindestens drei an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen ggf. unter Einbeziehung kooperierender Leistungserbringer 	Berufsgruppenbezogene namentliche Dokumentation der teilnehmenden und entschuldigten Mitglieder des Behandlungsteams für jeden Behandlungsfall "Therapieplanung/Visiten dokumentation (Link siehe oben)"
Täglicher Patientenkontakt <ul style="list-style-type: none"> • durch mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams • Kontaktversuch, der aus vom Patienten zu vertretenden Gründen nicht zustande kam, gilt als direkter Kontakt 	Täglicher Kontakt nach Berufsgruppe und Zeiteinheit (minutengenau) Vom Patienten zu vertretende Gründe eines nicht zustande gekommenen direkten Kontaktes Therapiedokumentation
Wöchentliche ärztliche Visite im direkten Patientenkontakt in der Regel im häuslichen Umfeld (bei StäB an mehr als sechs Tagen in Folge) Es gilt der Facharztstandard <ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung durch fachärztliche Leitung 	"Therapieplanung/Visiten dokumentation (Link siehe oben)"

Rechtliche Grundlagen

Rahmenvereinbarung (DKG, Krankenkassen)

- Interkurrente Erkrankungen: wie im stationären Setting
- Medikation: wie im stationären Setting → Krankenhaus ist zuständig, Medikamente werden mitgebracht
- Kooperation:
ambulante Leistungserbringer können mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragt werden
 - Gesamtverantwortung bleibt beim aufnehmenden Krankenhaus
 - max. 49% des StäB-Behandlungsvolumens

Cave: AÜG



Gründe gegen vollstationäre Aufnahme

- Psychisch Kranke aller Diagnosegruppen mit stationärer Behandlungsindikation, bei denen persönliche oder in der Erkrankung liegende Gründe gegen vollstationäre Aufnahme sprechen, wie
 - » persönliche Verpflichtungen, die einer stationären Aufnahme entgegen stehen (alleinerziehende Mütter ohne soziale Unterstützung, selbstständige Unternehmer ohne Vertretung usw.)
 - » Verweigerung einer stationären Behandlung aufgrund negativer Vorerfahrungen oder häufiger Klinikaufenthalte
 - » Risiko der Verschlechterung der psychischen Situation durch eine stationäre Aufnahme (z.B. demenzerkrankte Heimbewohner)
 - » Hospitalisierungsgefahr
 - » Probleme bei der Nähe-Distanz-Regelung
 - » wenn Entlassung aus stationärer Behandlung gewünscht, die weiterhin dringend indiziert wäre
 - » Akute Traumatisierung, aber Ablehnung einer vollstationären Aufnahme

Gründe für Behandlung in StäB

- Psychisch Kranke aller Diagnosegruppen mit stationärer Behandlungsindikation, bei denen persönliche oder in der Erkrankung liegende Gründe für eine Behandlung in StäB sprechen/ bei denen StäB erfolgversprechender wäre, wie etwa
 - » Notwendigkeit zusätzlicher Hilfen im Bereich Wohnen/ Soziales
 - » Notwendigkeit der intensiven Berücksichtigung des Lebensumfeldes eines Patienten
 - » Ursache für die aktuelle konflikthafte Entwicklung im häuslichen Kontext (Familienkonflikte) oder in der Betreuungssituation (Pflegeheim, WG, ...), Konfliktbearbeitung vor Ort erscheint eher zielführend
 - » gehäufte stationäre Behandlungsabbrüche
 - » Personen, die stationäre Behandlungskontexte, auch manualisierte Behandlungsformen, bereits mehrfach durchlaufen haben und bei denen es aktuell um eine akute Krisenintervention geht (z.B. chronisch Abhängigkeitskranke nach Rückfall)

Gründe für Behandlung in StäB

...Gründe für eine Behandlung in StäB sprechen/ bei denen StäB
erfolgsversprechender wäre, wie etwa

- » besserer Transfer des Behandlungserfolges in den Alltag
- » körperbehinderte Personen mit optimalen Versorgungsbedingungen bzw. entsprechenden Hilfen zur Selbstversorgung vor Ort
- » Personen, die lieber zu Hause behandelt werden möchten als im Krankenhaus, sofern keine fachlichen Argumente dagegen sprechen
- » zur anderweitig nicht erreichbaren Verkürzung der Behandlung und Erleichterung/Ermöglichung der Überführung in die ambulante Behandlung

→ Fazit:

- jede Diagnose
- zu Hause und im Heim/WG/ABW
- alle Altersstufen

Bedarfseinschätzung

(basierend auf 2 Erprobungsprojekten 2016/ 2017)

2 Erhebungen im ZfP Südwürttemberg und in der PP.rt

- 15.01. – 14.02.2017
- 25.09. – 20.10.2017

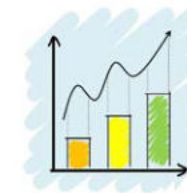


Einschätzung aller im jeweiligen Zeitraum neu aufgenommenen Patient*innen durch Chefärzt*innen
(ohne Befragung der Patient*innen)

Ziele:

- Potentielle Größenordnung als Planungshilfe
- Erprobung der Beurteilung anhand der Kriterien

Ergebnisse (alle Diagnosegruppen/ Standorte)



cave: Fremdeinschätzung, an allen Standorten,
nicht nur in Erprobungsregionen

Erhebung 1 (N=808)	vorziehen	gleichwertig
bei Beginn	8%	14%
im Verlauf	5%	11%
Summe	13%	25%

Erhebung 2 (N=693)	vorziehen	gleichwertig
bei Beginn	7%	9%
im Verlauf	10%	9%
Summe	17%	18%

Gesamt (N=1501)	vorziehen	gleichwertig
bei Beginn	8%	12%
im Verlauf	7%	11%
Summe	15%	23%

Ergebnisse (Beispiel Suchterkrankungen)



Suchterkrankungen								
	Donau-Riss		RV-Bodensee		Reutlingen		Zwiefalten	
	vorzuziehen	Gleichwertig	vorzuziehen	gleichwertig	vorzuziehen	gleichwertig	vorzuziehen	gleichwertig
bei Beginn	2%	5%	1%	4%	3%	13%	3%	0%
im Verlauf	5%	10%	3%	11%	20%	13%	14%	20%
Summe	7%	15%	4%	15%	23%	26%	17%	20%

Aktueller Stand (Januar 2019)

Aktuell: zeitgleich in StäB 25-43 Patient*innen

Einschleichender Beginn, Schwerpunkt Allgemeinpsychiatrie

Standort	Plätze aktuell	Teamorganisation
Bad Schussenried	2-3	Abteilung
Reutlingen	5-10	Übergeordnetes Team
Ravensburg	7-10 + 4 KJPP	Eigenständige Teams
Ehingen	4-6	Abteilung
Zwiefalten	5-10	Übergeordnetes Team

Zahlen, Daten, Fakten - Erwachsenenpsychiatrie



Fälle		Ø Kontaktzeit pro Tag in Minuten	
ZfP SW + PP.rt	215	ZfP SW + PP.rt	73,3

Diagnosen						
	F0/G30	F1	F2	F3	F4	F6
ZfP SW + PP.rt 3%		5%	21,5%	36,5%	14%	6,5%

Anteil der Berufsgruppen an Behandlung				
	Ärzte	Psychologen	Spezialtherap.*	Pflege
ZfP SW + PP.rt	12%	8%	20%	65%

*Spezialtherapeuten = Bewegungstherapie Arbeitstherapie, Ergotherapie, Sozialdienst

Zahlen, Daten, Fakten - Erwachsenenpsychiatrie



Behandlungsverläufe

Von 215 Fällen wurden 114 zuvor und 53 danach vollstationär behandelt

Achtung: Zeiträume zwischen vollstationärer Behandlung vor StäB bis zur Aufnahme in StäB beliebig

Verweildauer in den einzelnen Settings:

Vollstationär vor StäB:	49,3 Tage
StäB:	28,3 Tage
Vollstationär nach StäB:	29,0 Tage

Finanzierung/ Pflegesatzverhandlungen

Ziel:	Tagessatz
Ergebnis:	leistungsabhängige Vergütung

Verhandlungen in Reutlingen

16.5. und 2.6.2018

Verhandlungen in Weissenau

13.7.2018

→ Übernahme der Reutlinger Systematik

Verhandlungen in Zwiefalten

9.10.2018

→ Übernahme der Reutlinger Systematik

Verhandlungen in Bad Schussenried

14.11.2018

→ Übernahme der Reutlinger Systematik

Finanzierung / Pflegesatzverhandlungen

Vereinbarte Eckpunkte (PP.rt / ZfP Südwürttemberg)

- umgewidmetes stationäres Budget
 - 5 Plätze in Reutlingen (Plan: 7 Plätze)
 - 4 Plätze in Weissenau (inkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie) (Plan: 9 Plätze)
 - 1,5 Plätze in Zwiefalten (Plan: 7 Plätze)
 - 1 Platz in Bad Schussenried (Plan: 7 Plätze)
- StäB – Budget ungedeckt/ ohne Mehrerlösausgleich für 2018
- ungedeckeltes Tagesbudget (s.u.)

Finanzierung / Pflegesatzverhandlungen

Vereinbarte Eckpunkte (PP.rt / ZfP Südwürttemberg)

▪ aufwandsbezogene Vergütung

- Grundpauschale (Verwaltung, Ausstattung usw.) 70 €
- Pauschale für „patientenferne“ Leistungen 55 €
(Teambesprechungen, Therapieplanung etc.) (exkl. Doku!)

= Sockel 125 €

- Pauschale für Fahrzeiten pro Einsatz (40 Min.)
- Therapiezeit an Patient*innen als OPS, zzgl. Doku
- Preis für OPS: Bepreisung pro Minute nach Berufsgruppe (Therapie + Doku)

Verhandlungsergebnis, Erlösvariabilität

Beispielhafte Darstellung für 1 Woche: Pflege

Pflege

Behandlungstag	Kontakt 1	Kontakt 2	Kontakt 3	Telefon. Kontakt	Summe Kontaktzeit	Mittelwert OPS	Zeit inkl. Doku (10 Min.)	Personal kosten / Min.	= Budget Kontaktzeit	Anzahl Fahrten	Grundbudget pro Fahrt	Budget Fahrt	Summe
1	10	20		10	40	45	55	0,68 €	37,40 €	2	27,20 €	54,40 €	91,80 €
2	30				30	15	25	0,68 €	17,00 €	1	27,20 €	27,20 €	44,20 €
3	10	15	35	10	70	75	85	0,68 €	57,80 €	3	27,20 €	81,60 €	139,40 €
4	60			10	70	75	85	0,68 €	57,80 €	1	27,20 €	27,20 €	85,00 €
5	20	40		10	70	75	85	0,68 €	57,80 €	2	27,20 €	54,40 €	112,20 €
6	60			10	70	75	85	0,68 €	57,80 €	1	27,20 €	27,20 €	85,00 €
7	35	25	10		70	75	85	0,68 €	57,80 €	3	27,20 €	81,60 €	139,40 €

→ Bei mehreren Kontakten durch gleiche Person/Berufsgruppe erhöht sich Tagessatz durch Abrechnung der einzelnen Fahrten

Verhandlungsergebnis, Erlösvariabilität

beispielhafte Berechnung Aufnahmetag, Behandlungstag mit hohem Aufwand, Behandlungstag mit geringerem Aufwand (bspw. Entlasstag/Ende der Behandlung)

Berufsgruppe	Kontakt 1	Kontakt 2	Kontakt 3	Summe Kontaktzeit	Mittelwert OPS	Zeit inkl. Doku (10 Min.)	= Budget Kontaktzeit	Anzahl Fahrten	Budget Fahrt	Summe	Gesamt (inkl. Sockel)
Behandlungstag 1 (Aufnahmetag)											
Arzt	45			45	45	55	63,80 €	1	46,40 €	110,20 €	
Pflege	45			45	45	55	37,40 €	1	27,20 €	64,60 €	
SD	45			45	45	55	36,30 €	1	26,40 €	62,70 €	
							Summe Tag 1:			237.50 €	362.50 €
Behandlungstag 8 (Behandlungstag mit hohem Aufwand)											
Arzt	28			28	15	25	29,00 €	1	46,40 €	75,40 €	
Pflege	10	10	10	30	15	25	17,00 €	3	81,60 €	98,60 €	
SD	100			100	105	115	75,90 €	1	26,40 €	102,30 €	
							Summe Tag 8:			276.30 €	401.30 €
Behandlungstag 21 (nahe Entlasstag/Ende der Behandlung)											
Pflege	25			25	15	25	17,00 €	1	27,20 €	44,20 €	
							Summe Tag 21:			44,20 €	169,20 €

Begleitforschung

Zwei Dissertationsprojekte an der Universität Tübingen

Zielgrößen

Liegedauer, Patienten- und Angehörigenzufriedenheit

Studiendesign

bizentrische, prospektive Studie an zwei Standorten: Zwiefalten und Reutlingen

Methodik

Datenerhebung mittels Fragebogen, pseudonomysiert
Bewertungsbogen mit 18 Items (Patient*innen) bzw. 13 Items (Angehörige)

Stichprobe 50 Patient*innen je Standort

Studiendauer 1½ Jahre

Begleitforschung – erste Ergebnisse

Beschreibung Stichprobe Patient*innen (N = 33)

Demografische Daten

Altersspanne

23 – 78 Jahre → Ø 51 Jahre

Geschlechterverteilung

25 weiblich (75,8%), 8 männlich (42,2%)

Regionale Verteilung

Land 14 (42,4%), Stadt 19 (57,6%)

Begleitforschung – erste Ergebnisse

Beschreibung Stichprobe Patient*innen (N = 33)

Verweildauer

8 – 86 Tage Ø 39

Beendigung der Behandlungsmaßnahme

StäB abgebrochen:	2 (6,1%)
Reguläre Beendigung:	31 (93,9%)

Verteilung nach Fachgebiet

Allgemeinpsychiatrie:	13 (39,4%)
Suchterkrankungen:	10 (30,3%)
Alterspsychiatrie:	7 (21,2%)
Andere:	3 (9,1%)

Begleitforschung – erste Ergebnisse

Item	Mittelwert
Ich wurde vor Beginn der Behandlung ausreichend über das Konzept der Behandlung zu Hause informiert	4
Die Vorbereitung der stationsäquivalenten Behandlung meines Angehörigen/Mitbewohners war gut organisiert	4,18
Das behandelnde Personal machte einen kompetenten und fachkundigen Eindruck	4,6
Die Zusammenarbeit des Personals im Behandlungsteam war gut	4,73
Die Mitarbeitenden waren für meinen Angehörigen/Mitbewohner im erforderlichen Umfang zu sprechen	4,55
Die Mitarbeitenden waren für mich im erforderlichen Umfang zu sprechen	4,64
Das Personal hat meine Privat- und Intimsphäre respektiert	4,82
Die Behandlung erfolgte nach einem auf meinen Angehörigen/Mitbewohner zugeschnittenen Behandlungsplan	4,55
Ich habe das Gefühl, dass es meinem Angehörigen/Mitbewohner nach der Behandlung zu Hause besser geht	4,55
Ich bin zuversichtlich, dass mein Angehörige/Mitbewohner im Alltag jetzt besser zurecht kommt	4,36
Die Fortsetzung der Behandlung wurde rechtzeitig eingeleitet	4,3
Über die verschiedenen Arten der Behandlung meines Angehörigen/Mitbewohners nach dem Klinikaufenthalt (z.B. Selbsthilfegruppe, sonstige Einrichtungen) wurde ich ausreichend informiert	4
Für meinen Angehörigen/Mitbewohner würde ich bei Bedarf erneut die Behandlung zu Hause anstelle eines stationären Aufenthaltes empfehlen	4,27

Angehörige und Mitbewohner*innen N = 11, Bewertungsskala 1-5, 1 \triangleq nicht gut, 5 \triangleq sehr gut

Bisherige Erfahrungen/ Fazit

- StäB ist grundsätzlich gut umsetzbar
- Viele Patient*innen nutzen diese Behandlungsform gerne
- Manche Patient*innen lehnen ab
- Viele Mitarbeitende sind interessiert, manche bereits begeistert
- Berufsgruppenspezifität der Tätigkeit nimmt leicht ab
- Neue Behandlungsformen können erprobt werden
- Logistik/ Organisation wird einfacher, je mehr Patient*innen betreut werden
- Vollständige und lückenlose Dokumentation ist aufwändig
- StäB ist für manche eine gute Alternative/ Ergänzung zur Akutbehandlung auf Station



Ausblick

Nächste Schritte

- Verbreiterung des Diagnosespektrums
- Spezialisierung der Teams
- Weitere Verbesserung von Dokumentation und Controlling
- Optimierung des Personaleinsatzes
- Klärung der rechtlichen Rahmenbedingungen für Kooperationen (Arbeitnehmer-Überlassungsgesetz, AÜG)
- Wissenschaftliche Begleitforschung (im Laufen)
- Einbindung Betroffener/ Angehöriger usw. auf Verbandsebene



Längle, Holzke, Gottlob

Psychisch Kranke zu Hause versorgen

Handbuch zur
Stationsäquivalenten Behandlung

Gliederung

- Konzept
- Evidenz
- Entwicklung in Deutschland
- Stationsäquivalente Behandlung/ PsychVVG
- Umsetzung STäB in Deutschland (Längle, Holzke, Gottlob)
- **Beispiel Isar-Amper-Klinikum München** (Ketisch, Bareither, Weikl)
- Zusammenfassung

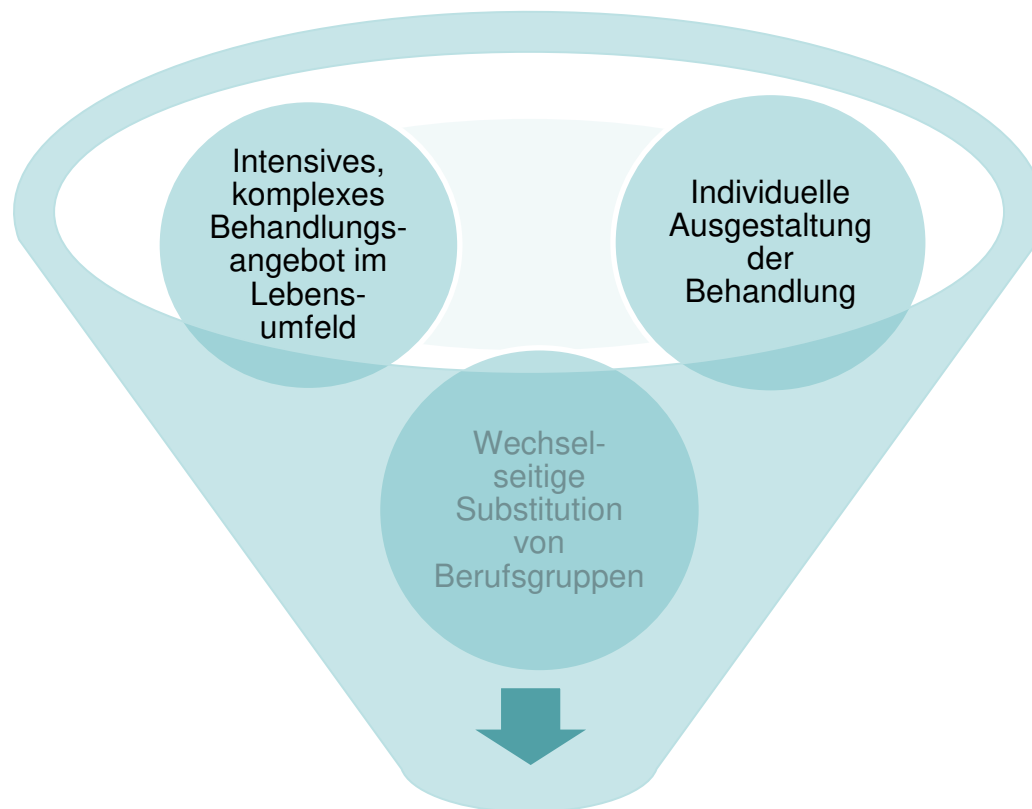
Gliederung

- Konzept
- Evidenz
- Entwicklung in Deutschland
- Stationsäquivalente Behandlung/ PsychVVG
- Umsetzung STäB in Deutschland (Längle, Holzke, Gottlob)
- **Beispiel Isar-Amper-Klinikum München** (Ketisch, Bareither, Weigl: Pilotprojekt zur Implementierung stationsäquivalenter Behandlung gemäß § 115d SGB V am kbo-IAK-KMO)
- Zusammenfassung

Pilotprojekt StäB am kbo-IAK-KMO

- Testphase von **zwei Jahren**
- „**Stationsgröße**“ 20 Patienten
- Standort: Lindwurmstraße 195
- Multiprofessionelles mobiles Team
- Einzugsgebiet ?

Ziele des Projekts StäB



Erfahrungen sammeln mit einer neuen,
innovativen Versorgungsform

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung umfasst

- komplexe, aufsuchende, zeitlich begrenzte Behandlung
- durch multiprofessionelles Team (Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte, Sozialpädagogen, Spezialtherapeuten)
- im Lebensumfeld des Patienten
- Vorbestehende ambulante Leistungen (z.B. ambulante Pflege) können während der Behandlung erhalten bleiben

Ziele von StäB

- ✓ Symptomreduktion und Behandlung analog stationärer Akutbehandlung
- ✓ Bewältigung der Erkrankung im häuslichen Umfeld und somit Vermeidung von Regression im vollstationären Kontext
- ✓ Größtmögliche gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung
- ✓ Förderung eines selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung im Sinne der Recovery
- ✓ Behandlungsangebot für Patientengruppen, die sonst in Akutphasen keine adäquate Behandlung erfahren würden
- ✓ Entlastung stationärer Versorgungseinheiten

Patienten

Indikationen:

Krankenhaus-
behandlungsbedarf

Zielgruppe: ab 18

Alle psychiatrischen
Diagnosen

Eignung des
häuslichen Umfelds
(Kindeswohl?)

Kontraindikationen:

nicht
beherrschbare
Selbst- oder
Fremdgefährlich-
keit

Schwere
behandlungs-
bedürftige
körperliche
Erkrankungen

Woher kommen die Patienten:

von ambulant

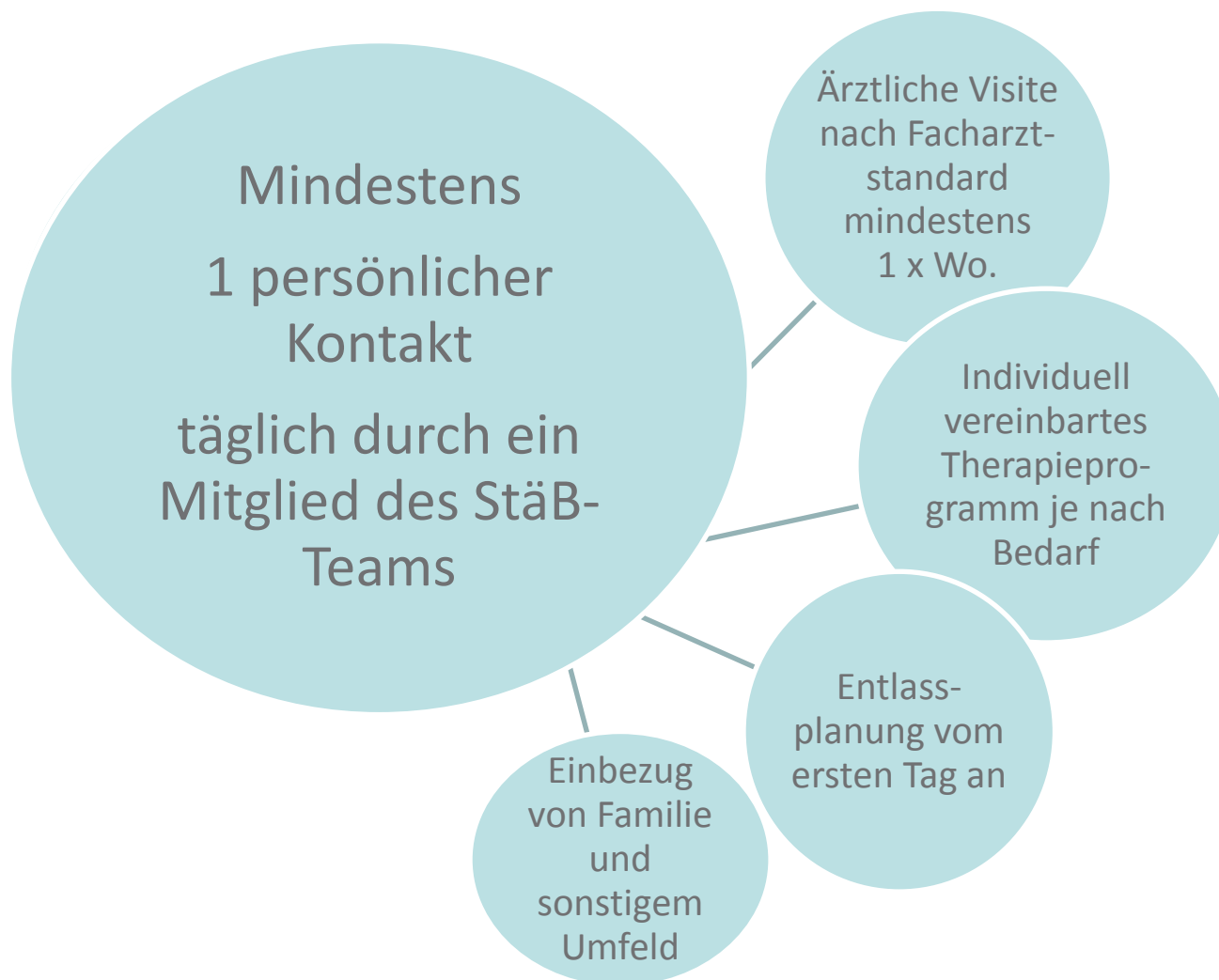
- Zentrale Aufnahme
- Ambulanzen

von stationär
(auch aus anderen
Kliniken)

Indikationsstellung:

durch StäB-MA im
Erstgespräch vor
Ort

Patientenkontakt



Erste Erfahrungen Stand 16. Januar 2019

Anzahl:	31
Belegung:	Ziel 20, aktuell ca. 13
Alter:	23 – 85, Durchschnitt 46 J.
Diagnosen:	Psychoseerkrankungen: 17 Depressive Erkrankungen: 9 Trauma: 2 Persönlichkeitsstörungen: 3
Verweildauer:	durchschn. 29 Tage

Erste Erfahrungen

Zugangsweg: über zentrale Aufnahme/Ambulanz: 19
von Station: 12

Stationäre Voraufenthalte:

keine: 5

einer: 8,

mehrfach: 18

Sektoren: Ost: 9, Nord: 9, Südwest: 12, FFB: 1

Erste Erfahrungen

Entlassung wohin?:	Ambulante Weiterbehandlung 17 stationäre psychiatrische Behandlung 4 somatisches Krankenhaus 2
Besonderheiten:	1/3 der Patienten lebt mit kleinen Kindern
Wohnsituation :	allein: 12 mit Partner/Kindern/Familie/Eltern: 19
Besondere Vorkommisse:	mehrstündige nächtliche Einsätze
Herausforderungen:	Organisation der Hausbesuche/ Schnee



Gliederung

- Konzept
- Evidenz
- Entwicklung in Deutschland
- Stationsäquivalente Behandlung/ PsychVVG
- Umsetzung STäB in Deutschland (Längle, Holzke, Gottlob)
- Beispiel Isar-Amper-Klinikum München (Ketisch, Bareither, Weikl)
- **Zusammenfassung**

Zusammenfassung

- Viel internationales Interesse an Home Treatment
- Viel Interesse an HT in Bundesrepublik Deutschland
- PsychVVG entwickelt STäB als ein Instrument der Regelversorgung
- STäB wird Regelleistung (2018)
- Es gibt zahlreiche Umsetzungsprojekte (ca. 15)
- Es gibt Umsetzungsprojekte im städtischen und im ländlichen Raum
- Es gibt ein (informelles) Netzwerk STäB
- Damit geht die Akutversorgung in die Gemeinde
- Zu früh für Beurteilung des Beitrags von STäB in der Versorgung psychisch kranker Menschen

... vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

E-Mail: t.becker@uni-ulm.de

Internet: www.uni-ulm.de/psychiatriell

