Evangelische Hochschule Nürnberg
Studiengang Sozialmanagement

Master-Thesis
zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Social Management (M.S.M.)

Strukturelle Defizite in der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Structural deficits in stationary treatment equivalent in the child and adolescent psychiatry

Dorothea Weiss [B.Ed.]

Erstgutachter: Herr Jürgen Stern [M.A.]
Zweitgutachter: Prof. Dr. Joachim König

Abgabetermin: 30.09.2024

Abstract

In der vorliegenden Masterthesis werden die strukturellen Defizite im Hinblick auf die Herausforderungen und Perspektiven der Implementierung des strukturierten, aufsuchenden Behandlungsansatzes StäB in der Kinder- und Jugendpsychiatrie untersucht. Anhand einer umfassenden Analyse organisatorisch-struktureller Rahmenbedingungen und Experteninterviews wird deutlich, dass der Erfolg von StäB neben fachlichen Aspekten maßgeblich von diversen Faktoren abhängt. Die Arbeit thematisiert die Notwendigkeit einer flexiblen, bedarfsgerechten Behandlung, die sowohl die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen als auch die Anforderungen an eine planbare Versorgung in Einklang bringt. Als entscheidende Faktoren für eine ganzheitliche psychiatrische Versorgung werden die Personalausstattung, die strukturierte Fallverantwortung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit kritisch beleuchtet. Darüber hinaus werden verschiedene Lösungsansätze zur Optimierung der finanziellen Rahmenbedingungen skizziert, u.a. transparente Verhandlungen mit den Kostenträgern und die Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen für Fachkräfte. Zudem wird die Relevanz von Forschung und kontinuierlicher Evaluation betont, um evidenzbasierte Handlungsansätze zu entwickeln, die die Qualität der psychiatrischen Versorgung nachhaltig verbessern können. Zusammenfassend liefert diese Arbeit wichtige Erkenntnisse und Wünsche für die zukünftige Gestaltung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland und zeigt, dass innovative Ansätze wie StäB signifikant zur Verbesserung der Versorgungslandschaft beitragen können. Zentrale Elemente für eine effektive und tragfähige psychiatrische Versorgung sind der Fokus auf die Bedürfnisse der Patient*innen und deren Angehörigen sowie die Schaffung einer optimalen Infrastruktur.

* * *

This master's thesis examines the structural deficits about the challenges and perspectives of the implementation of the structured outpatient treatment approach in child and adolescent psychiatry. Based on a comprehensive analysis of the organizational-structural framework and expert interviews, it is shown that the success of SBS depends not only on professional aspects but also on various other factors. The study highlights the need for flexible, needs-based treatment that reconciles both the individual needs of patients and the demands for predictable care. Staffing, structured case management and interdisciplinary cooperation are critically examined as decisive factors for holistic psychiatric care. In addition, various approaches to optimizing the financial framework are outlined, including transparent negotiations with cost bearers and the creation of attractive working conditions for professionals. Furthermore, the importance of research and continuous evaluation is emphasized in order to develop evidence-based approaches that can sustainably improve the quality of psychiatric care. In summary, this work provides important insights and wishes for the future design of child and adolescent psychiatry in Germany and shows that innovative approaches such as the StäB can make a significant contribution to improving the care landscape. Central elements for an effective and sustainable psychiatric care are the focus on the needs of patients and their families as well as the creation of an optimal infrastructure.

Inhaltsverzeichnis

Abstract 1

Inhaltsverzeichnis 2

Abkürzungsverzeichnis 1

Abbildungsverzeichnis 2

1. Einleitung 3

2. StäB – Eine Einführung 5

3. Grundlegende Voraussetzungen 5

3.1. Begriffsbestimmung 5

3.2. Historie der psychiatrischen Versorgung 6

3.3. Die Prototypen 7

4. Politische konzeptionelle Entwicklung 9

4.1. Konzeptionelle Rahmenbedingungen 9

4.2. § 39 PsychVVG 9

4.3. §115 d SGB V 10

4.4. Rahmenvereinbarung zwischen DKG und GKV-Spitzenverband 11

4.5. Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 14

5. Finanzierung psychiatrischer Versorgung 15

5.1. Gemeinsamer Bericht der Selbstverwaltung über StäB 16

5.2. Kritische Stellungnahmen 21

6. Kinder- und Jugendpsychiatrie 22

6.1. Einführung 22

6.2. StäB 23

6.3. Indikationsstellung und Zielgruppe 25

6.4. Vorteile StäB KJP 26

6.5. Finanzierungsmodalitäten StäB KJP 27

6.6. Finanzierungsstrukturen am Beispiel Baden-Württemberg 28

7. Methodisches Vorgehen 30

7.1. Auswahl der Methodik und Vorgehen ... 30
7.2. Das Expert*inneninterview ... 31
7.3. Vorbereitung der Erhebung ... 33
7.4. Auswahl der Interviewpartner ... 33
7.5. Datenauswertung und Kategorienbildung ... 34
8. Auswertung der Interviews ... 36
8.1. Kategorie 1: Umsetzung ... 36
8.1.1. Zeitliche Einordung im Behandlungsprozess ... 36
8.1.2. Implementierung ... 38
8.1.3. Hürden Implementierung ... 39
8.2. Kategorie 2: Durchführung ... 39
8.3. Kategorie 3: Personelle Ausstattung und Fallverantwortung ... 41
8.4. Kategorie 4: Erfolg ... 42
8.4.1. Verständnis von Erfolg ... 42
8.4.2. Erfolgsfaktoren ... 43
8.4.3. Motivation und Umwelt ... 44
8.5. Kategorie 5: Finanzierungssituation ... 44
8.5.1. PIA ... 45
8.5.2. Adäquates Finanzierungssystem ... 45
8.5.3. Spezielle Vereinbarungen ... 46
8.6. Kategorie 6: Schwachstellen StäB ... 47
8.6.1. Rahmenbedingungen ... 47
8.6.2. Behandlungsintensität ... 48
8.6.3. Personelle Ressourcen ... 49
8.7. Kategorie 7: Hürden StäB Ausbau ... 49
8.8. Kategorie 8: Entwicklungsvorstellungen ... 50
8.8.1. Gesellschaftliches Bewusstsein ... 50
8.8.2. Finanzierung ... 51

8.8.3. Politik ... 51
8.8.4. Personelle Ausstattung ... 52
8.8.5. Behandlung ... 52
9. Analyse ... 53
10. Fazit ... 73
Literaturverzeichnis ... 77
Anhang 1 – Mailanfrage Interviews ... 84
Anhang 2 – Interviewleitfaden – Interview 1 - 6 ... 85
Anhang 3 – Interviewleitfaden – Interview 7 ... 86
Anhang 4 – A-Priori- Kategoriensystem ... 87
Anhang 5 – Induktive Kategorien ... 88
Anhang 6 – codierte Segmente ... 90
Anhang 7 – Interview 1 (I1) ... 95
Anhang 8 – Interview 2 (I2) ... 102
Anhang 9 – Interview 3 (I3) ... 113
Anhang 10 – Interview 4 (I4) ... 130
Anhang 11 – Interview 5 (I5) ... 143
Anhang 12 – Interview 6 (I6) ... 155
Anhang 13 – Interview 7 (I7) ... 166
Anhang 14 – Informationsschreiben zur Erhebung ... 180
Anhang 15 – Datenschutzeinwilligung Vorlage ... 182
Erklärung ... 183

Abkürzungsverzeichnis

ACT	Assertive Community Treatment
BGM	Bundesministerium für Gesundheit
BPflV	Bundespflegesatzverordnung
CRT	Crisis Resolution Team
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder. und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
GG	Grundgesetz
GKV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
HT	Home Treatment
InEK	Institut für des Entgeltsystem im Krankenhaus
KJP	Kinder- und Jugend Psychiatrie
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MD	Medizinischer Dienst (der Krankenkassen)
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PED	Pflege- und Erziehungsdienst
PET	Pflege- und Erziehungsteam
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PIA	Psychiatrische Institutsambulanzen
PKV	Private Krankenversicherung e.V.
PPP-RL	Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
SGB	Sozialgesetzbuch
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
ZfP	Zentren für Psychiatrie

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Anzahl der StäB-Fälle für die Bereiche Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2018-2020 17

Abbildung 2 - Altersverteilung der StäB-Fälle, 2018-2020 17

Abbildung 3 - Verteilung der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen, 2018-2020 . 18

Abbildung 4 - Durchschnittliche Behandlungszeiten in Minuten pro Behandlungsfall, 2018-2020 19

Abbildung 5 - Durchschnittliche StäB-Erlöse, 2018-2020 19

Abbildung 6 - Verteilung der StäB-Erlöse nach Erlösarten für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2018-2020 20

Abbildung 7 - Übersicht der anteiligen leistungsabhängigen Vergütung in BW - eigene Darstellung 29

1. Einleitung

In meiner beruflichen Laufbahn hatte ich immer wieder Berührungspunkte mit Kindern und Jugendlichen, die von der gesellschaftlichen Norm abwichen und besonderer Unterstützung bedurften, um ihre gesellschaftliche Teilhabe altersgerecht auszuüben. Auffallend war dabei, dass die Abweichungen im Laufe der Zeit immer größer wurden und die Maßnahmen zur Förderung dieser Kinder und Jugendlichen sowohl kosten- als auch zeitintensiver waren. Zudem zeigte sich eine deutliche Komplexität der Störungsbilder, während noch vor zehn Jahren überwiegend Einzeldiagnosen vorlagen, entwickelte sich eine Tendenz zu komorbiden Krankheitsbildern. Dies spiegelt sich auch gesellschaftlich wieder, bekannte Personen des öffentlichen Lebens wie Politiker*innen, Schauspieler*innen oder auch Lokalprominente berichten in den sozialen Medien über ihre Erkrankungen und ihren Weg, wieder zu gesunden. ADHS, Depressivität und andere psychische Erkrankungen sind gesellschaftsfähig geworden. Psychiatrische Erkrankungen werden längst nicht mehr tabuisiert und Hilfesysteme werden früher und schneller in Anspruch genommen.

Dennoch ist die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die sich in Behandlung befinden, so hoch wie nie zuvor. Was mich in diesem Zusammenhang immer fasziniert hat, ist die Frage nach der Entstehung psychiatrischer Erkrankungen und wie diese behandelt werden können, um den Betroffenen die notwendige Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Sowohl zu Beginn meiner beruflichen Tätigkeit als auch in meinem jetzigen Arbeitsfeld stellte sich häufig eine Diskrepanz zwischen dem häuslichen Umfeld und dem sozialen Umfeld, in dem diese Kinder und Jugendlichen begleitet und behandelt werden, heraus. Es entstand der Eindruck, dass inadäquates Verhalten und psychiatrische Auffälligkeiten, die häufig als Anpassungsstörungen deklariert werden, vor allem in der häuslichen Umgebung vermehrt zu beobachten sind. Dieser Eindruck bestätigte sich in vielen Fällen auch in der klinischen Praxis. Es drängte sich die Frage auf, warum eine Behandlung dieser Kinder und Jugendlichen zwingend stationär erfolgen muss, oder ob nicht eine Behandlung dort möglich ist, wo diese Schwierigkeiten verstärkt auftreten.

Auf die stationsäquivalente Behandlung (StäB) als alternatives, ergänzendes und flexibleres Behandlungsmodell wurde ich durch eine ehemalige Arbeitskollegin und Freundin aufmerksam, die sich ebenfalls mit diesem Thema beschäftigte. Meine Begeisterung wurde jedoch stark gebremst durch die sehr geringe Anzahl an kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, die diese Behandlungsform trotz hoher Bettenauslastung und hoher Anzahl an sogenannten „Drehtürpatient*innen“ anboten. Auch in Politik und Gesellschaft wurde wenig über diese Behandlungsmöglichkeiten publiziert. Dies war zum damaligen Zeitpunkt unverständlich, da die Hilfe für diese Kinder und Jugendlichen zur Vermeidung von Langzeitaufenthalten in der Psychiatrie am besten so früh wie möglich sein sollte. Auch aus volkswirtschaftlicher Sicht, dass das Gesundheitssystem hier langfristig Kosten sparen könnte, weil diese Menschen durch eine punktuelle, passgenaue Behandlung weniger oder gar keine Behandlung mehr benötigen könnten, entzog sich dies meinem Verständnis. Das Thema ließ mir keine Ruhe. Ich überlegte, warum es so wenig andere Behandlungsmöglichkeiten gibt, die angeboten werden können, und welche Hindernisse oder Schwierigkeiten es geben könnte, dies als Behandlungsart anzubieten. Außerdem fragte ich mich, ob meine Einschätzung der Behandlungsart einer Illusion unterliegt und dieses Modell nicht so ideal ist, wie ich es mir für diese Kinder und Jugendlichen wünschen würde.

Die vorliegende Arbeit widmet sich zu Beginn dem Bereich der psychiatrischen Erkrankungen und den Behandlungsorten, um anschließend die alternativen Behandlungsmodelle zum stationären oder tagesklinischen Setting intensiv zu beleuchten. Diese theoretischen Erkenntnisse werden durch praktische Erfahrungen von Personen, die bereits aufsuchende Behandlung anbieten, ergänzt. Ziel ist es, mögliche Problemfelder bei der Umsetzung von StäB herauszukristallisieren und ein Bewusstsein und einen Konsens für Optimierungs-möglichkeiten zu schaffen. Hierfür wurden Expert*inneninterviews gewählt, auf die im Forschungsteil näher eingegangen wird. Anschließend werden die Interviews kategoriengeleitet ausgewertet. Abschließend werden in einer Diskussion der Theorieteil und der Forschungsteil zusammengeführt und die jeweiligen Erkenntnisse verknüpft. Durch die Operationalisierung der Forschungsfrage wird der Beleg der theoretischen strukturelle Defizite aus der Praxis verifiziert.

2. StäB – Eine Einführung

Bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) handelt es sich um eine Form der stationären Behandlung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Es handelt sich dabei weiterhin um eine stationäre Behandlung im häuslichen Umfeld der Patient*innen, die durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams unter ärztlicher Leitung erbracht werden. Sie kann in medizinisch geeigneten Fällen in Anspruch genommen werden, wenn eine psychiatrische Behandlung in einem Krankenhaus erforderlich ist, aber anstelle einer vollstationären Behandlung eine gleichwertige Behandlung im häuslichen Umfeld der Betroffenen durch eine Klinik erbracht werden kann. Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung kann in Deutschland seit dem 01.01.2018 in Anspruch genommen werden. Im Verlauf werden die grundlegenden Voraussetzungen wie die Begriffsbestimmung oder der historische Abriss, die gesetzliche Rahmenbedingungen für die Durchführung einer solchen Behandlung und die Finanzierungsaspekte genauer beleuchtet.

3. Grundlegende Voraussetzungen

3.1. Begriffsbestimmung

„Eine psychische Störung ist als Syndrom definiert, welches durch klinisch bedeutsame Störungen in den Kognitionen, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person charakterisiert ist. […] Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamen Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten. […]“[1]

Grundlegend kann festgehalten werden, dass mit einer psychiatrischen Erkrankung eine tiefgreifende Funktionsstörung beobachtbar sein muss, welche sich in einem oder mehreren Leistungsbereichen und/oder bei der Person auftretendes Leid äußert. Ein normabweichendes Verhalten, welches als eine verständliche Reaktion gesehen werden kann, wird hierbei explizit ausgenommen und hat keinerlei Krankheitswert im oben genannten Sinne, solange daraus keine Funktionsstörung resultiert. Grundsätzlich wird der Mensch in seiner Gesamtheit inklusive des soziokulturellen Kontextes und der biologischen Ebene betrachtet. [2]

[1] Vgl. Diagnostisches Und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 (2018, S. 26)
[2] Vgl. Hoyer und Knappe (2020, S. 7 - 10)

3.2. Historie der psychiatrischen Versorgung

Psychische Erkrankungen sind so alt wie die Menschheit selbst, das Verständnis von Symptomen und der Umgang mit Betroffenen unterliegt seit jeher einem stetigen Wandel. Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung existierten in der gesellschaftlichen Wahrnehmung, sehr lange nahezu ungesehen. Es bedurfte einer großen Zeitspanne, bis dieser Bereich eine Daseinsberechtigung erhielt, sodass die Notwendigkeit weiterer Entwicklungen aufkeimte. Die bisherigen medizinischen Systeme erkannten letztendlich, dass psychische Störungen krankheitswertig sind und damit innerhalb der Medizin eine eigene Institutionalisierung benötigen. Das letzte Jahrhundert war geprägt von Segregation, Institutionalisierung und der Entwicklung der Psychiatrie als Teil der Medizin. Es bedurfte eines langen Prozesses, bis sich die Psychiatrie als Teildisziplin der Medizin etablierte und eine Reform aufblühte. Heute besteht eine Psychiatrieversorgung aus einer breiten Palette von Einrichtungen und Unterstützungsmethoden. Damit ein gut funktionierendes Versorgungssystem gedeihen kann, müssen die Einrichtungen und Systeme wie Bausteine miteinander vernetzt und koordiniert werden. [3]

Unser Gesundheitssystem ist aus den Ursprüngen einer Gesundheitsversorgung durch das Gemeinwesen auf der Basis eines Solidaritätsmodells, wie es Bismarck vor einem Jahrhundert eingeführt hat, gewachsen.[4] Im Zuge der immer komplexer werdenden Gesellschaft und der damit verbundenen Strukturen, Prozesse und Anforderungen treten verstärkt Probleme zutage. Die Rahmenbedingungen haben sich vervielfacht und teilweise grundlegend verändert. Durch den immensen medizinischen Fortschritt, die demografische Entwicklung sowie die geringe wirtschaftliche Wachstumsrate steht unsere Gesundheitswirtschaft vor diversen Finanzierungsproblemen. Hierzu wird vielseitig in Wissenschaft, Politik, Medien und Fachwelt zur Problemlösung debattiert. Ein grundlegender Strukturwechsel sowie eine Weiterentwicklung des bestehenden Systems werden diskutiert. Es entsteht der Eindruck, einer „entweder oder“ Lösung als einzig praktikabler Weg.[5]

---

[3] Vgl. Becker et al. (2008,S. 32 – 40)
[4] [4] Vgl. Kölking (2007, S. 19–31)
[5] Vgl. Kölking (2007, S. 19–31)

Bereits in der Nachkriegszeit und in der Reformbewegung der Psychiatrie-Entequéte wurde die Grundidee der gemeindepsychiatrischen Versorgung sowie des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ diskutiert. Durch die Installation von Tageskliniken und psychiatrischen Institutsambulanzen wurde seit 1975 der Weg zur gemeindepsychiatrischen Versorgung geebnet. Eine aufsuchende Behandlung zu Hause konnte durch Modellprojekte nach § 140 SGB V sowie nach § 64 b SGB V auf den Weg gebracht werden. Hierdurch sollte die Intensität der Behandlung im häuslichen Umfeld höher sein als dies in Tageskliniken und Ambulanzen möglich war. Die Versorgungslücke der Akutbehandlung zu Hause konnte mit dem PsychVVG und der Möglichkeit der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) nach § 115 d SGB V geschlossen werden. Durch die strukturelle Aufweichung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung und letztendlich häuslicher Versorgung wurde ein wichtiger Schritt in der ganzheitlichen Versorgung psychisch kranker begangen. Jedoch erfolgt die Umsetzung der neuen Behandlungsmöglichkeit zögerlich. Es sind diverse Fragen zu berücksichtigen, wie rechtliche, organisatorische, personelle so wie budgetäre, die die unterschiedlichen Akteur*innen mit diversem Interesse verfolgen. Durch die geschichtliche Betrachtung zeigt sich, dass die Psychiatrie nur langsam Fortschritte erzielt und es auch im Zuge der StäB weiterhin Pionierarbeit bedarf.[6]

3.3. Die Prototypen

Die Arbeitsweise, Zusammensetzung und Kernbestandteile der aufsuchenden Behandlung können auf zwei Modellprojekte zurückgeführt werden. Das Assertive Community Treatment (ACT) als langfristige intensive und gemeindepsychiatrische aufsuchende Behandlung und die Crisis Resolution Teams (CRT) als Krisenintervention, welches auch als auch Home Treatment (HT) bezeichnet wird.[7]

Im angloamerikanischen Raum entwickelt und implementiert in den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts wurde das ACT-Behandlungs-konzept für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (vor allem schizophrene Erkrankungen) und häufigen Kontaktabbrüchen sowie krisenhaften stationären Aufnahmen. Hierbei liegt der Fokus nicht auf einer Verhinderung weiterer stationärer Aufnahmen, sondern zur Erarbeitung eines entsprechenden Funktionsniveaus der Alltagsbewältigung.

---

[6] Vgl. Gottlob et al. (2019, S. 11–14)
[7] Vgl. Klocke et al. (2022, S. 520–528)

Im Jahr 1980 wurden in Australien eine Reihe von Crisis Resolution Teams etabliert, um psychisch kranken Menschen zu helfen, die sich für eine stationäre Aufnahme vorstellen oder eingewiesen wurden, jedoch aufgrund einer Wartezeit nicht ohne Behandlung bleiben sollten. Hierbei wird individuell vereinbart, in welcher Frequenz die aufsuchende Hilfe stattfindet.[8] In beiden Modellen behandelte ein Team psychisch kranke Menschen in ihrem häuslichen und sozialen Umfeld und verhinderte damit weitere vollstationäre Krankenhausaufenthalte im Sinne von intermittierenden Behandlungen oder auch Drehtürpatient*innen. In Deutschland ist das Home Treatment erst später in den Fokus getreten und war bislang auf Modellprojekte beschränkt, die nur regional Patient*innen mit bestimmten Voraussetzungen oder bestimmten Krankenkassen-Zugehörigkeiten zur Verfügung stehen. Durch die Behandlung im häuslichen Umfeld lässt sich diese für die Patient*innen und deren Bezugspersonen gewaltarmer, angenehmer, effektiver und nicht selten mit nachhaltigerer Wirkung gestalten, zudem ist dies im Sinne der Inklusion. Die StäB ergänzt das bisherige Spektrum der klinischen Behandlungsmöglichkeiten von ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung. StäB ermöglicht eine Alternative zur stationären Behandlung in akuten Krankheitsphasen durch eine intensive aufsuchende Behandlung im vertrauten Setting. [9] Trotz der Möglichkeit, durch den Modellparagraphen §64b SGB V, dies in jedem Bundesland zu etablieren, fehlte der vorgegebene Kontrahierungszwang der Krankenkassen, um diese in der erforderlichen breite zu streuen.[10]

Das Interesse an Home Treatment ist mit der Einführung von StäB, dank Pionierarbeit von interessierten Kliniken und deren Personal erheblich gestiegen. Es wird unter anderem in den S3-Leitlininen bei Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Naturheilkunde e.V. (DGPPN) als Alternative zur stationären Behandlung zur Akutbehandlung, ebenso wie bereits die Prototypen mit einer hohen Evidenzgrad und dem höchsten Empfehlungsgrad empfohlen.[11]

[8] Vgl. Illy (2024, S. 6f)
[9] Vgl. Greve (2021, S. 12–16)
[10] Vgl. Böge et al. (2019, S. 195–204)
[11] Vgl. Gühne et al. (2019, S. 3)

4. Politische konzeptionelle Entwicklung

4.1. Konzeptionelle Rahmenbedingungen

Zur besseren Verständlichkeit der Rahmenbedingungen dienen nachfolgend die für StäB relevanten Auszüge der Gesetzestexte und Vereinbarungen. Darüber hinaus entstand die Notwendigkeit einer Regelung der konkreten Anforderungen im Hinblick auf die Qualität, die Dokumentation sowie die Beauftragung der Leistungserbringer*innen. In diesem Beratungs- und Verhandlungsprozess des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (GKV), des Verbands der privaten Krankenversicherung (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) entstand die Leistungsbeschreibung als Grundlage zur Entwicklung eines Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), die genauer betrachtet werden sollen.[12]

4.2. § 39 PsychVVG

Die Inanspruchnahme von psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Das bringt neue Herausforderungen für das Versorgungssystem mit sich.[13] Durch das PsychVVG (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen) wird die vorhandene Qualität der gesundheitlichen Versorgung bei einer steigenden Zahl psychisch kranker Menschen gesichert. Um dieses Ziel zu unterstützen, werden Behandlungen mit hohem Aufwand besser vergütet als Behandlungen mit weniger hohem Aufwand.[14] Durch die Änderung wird eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld als alternative Behandlungsform der Krankenhausbehandlung eingeführt. Das Krankenhaus entscheidet, bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen, in welcher Form die Krankenhausbehandlung dem Behandlungsziel zuträglich ist. Eine Hierarchie der Leistungserbringung ergibt sich hieraus nicht. Die leistungsrechtliche Regelung der Behandlungsform wird im Sozialgesetzbuch V geregelt. Beziehungsweise wird dort festgehalten, dass diese Aufgabe durch entsprechende Verbände und Gesellschaften konzipiert wird. Der §115 d SGB V soll der besseren Beschreibung der StäB und zur Unterstützung des PsychVVG dienen.[15]

---

[12] Vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2016, S. 1–4)
[13] Vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2016, S. 10ff)
[14] Vgl. Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (2016, S. 2986ff)
[15] Vgl. Gottlob et al. (2019, S. 16–20)

4.3. §115 d SGB V

Durch dieses Gesetz wird StäB in der Psychiatrie erst ermöglicht und die Grenze zwischen ambulant und stationär zu schmälern, weshalb eine komprimierte Betrachtung notwendig erscheint. Dieses Gesetz begrenzt die Berechtigung zur Erbringung StäB auf psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser, mit entsprechenden fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen, und den regionalen Versorgungsverpflichtungen. Dies sind konkret Einrichtungen, die aufgrund von Regelungen des Landesunterbringungsgesetzes oder des Betreuungsrechts verpflichtet sind, psychisch kranke Personen aufzunehmen. Damit wird dem Umstand Sorge getragen, auf sehr kurzfristige und schnell wechselnde Bedarfslagen zu reagieren, zum Beispiel mit einer stationären Aufnahme. StäB geht über die aufsuchende Behandlung hinaus, sie kann dessen ungeachtet in Kooperation zum Beispiel mit dem sozialpsychiatrischen Diensten oder andere Leistungserbringern stattfinden. Die StäB wird in diesen Fällen ausschließlich nach Krankenhausfinanzierungsrecht abgerechnet.[16] Es erfolgt zudem eine namentliche Nennung der entsprechenden Verbände und Gesellschaften, welche maßgeblich für die Regelungen der Leistungsbeschreibung, rechtliche Einzelheiten sowie Anforderungen an externe Leistungserbringer*innen verantwortlich sind.[17]

Die gesetzlich vorgeschriebene Definition von Leistungen der StäB im Rahmen des Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wurde ebenfalls im Jahre 2017 ausgearbeitet (OPS). Die Leistungsinhalte der einzelnen Berufsgruppen stimmen im Wesentlichen mit den Leistungsinhalten der stationären Behandlung überein. Daneben finden sich auch Anklange an die in der Rahmenvereinbarung niedergelegten Festlegungen.[18] Die Auswirkungen der neuen Behandlungsform auf die Versorgung der Patient*innen sowie ihre finanziellen Auswirkungen bedürfen nach fünfjähriger Erprobung einer Evaluation durch die Selbstverwaltung. Durch die bisher fehlenden flächendeckenden Erfahrungen zur StäB im häuslichen Umfeld entsteht die Grundlage für weitere Entscheidungen der konkreten Ausgestaltung sowie Reformen von stationsäquivalenter Behandlung.[19]

---

[16] Vgl. Greve (2021, S. 84ff)
[17] Vgl. Gottlob et al. (2019, S. 22ff)
[18] Vgl. Greve (2021, S. 86ff)
[19] Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft et al. (2017, S. 1–3)

In den gesetzlichen Grundlagen zur StäB ist zudem konkret kein Bettenabbau vorgesehen. Der Gesetzgeber verzichtet bewusst darauf, da er befürchte dies könne negative Folgen für die Bereitschaft der Krankenhäuser zur Durchführung haben. Hinzu kommt, dass Krankenhäuser während der StäB ein hohes Maß an Flexibilität abverlangt wird. Die Möglichkeit, auf Krankenhausstrukturen zurückzugreifen, um gegebenenfalls eine kurzfristige stationäre Aufnahme zu ermöglichen, steht zudem in Antagonismus zur Sinnhaftigkeit des Bettenabbaus.[20]

4.4. Rahmenvereinbarung zwischen DKG und GKV-Spitzenverband

Wie bereits im § 39 PsychVVG und im § 115 d SGB V festgesetzt, erhielten die Spitzenverbände bis 30.06.2017 die Aufgabe, ein konkretes Anforderungsprofil und qualitative Merkmale für die StäB zu entwickeln. Diesem sind sie nachgekommen, konnten sich jedoch aufgrund der kurzen Bearbeitungszeit (von 6 Monaten) nur auf ein puritanisches Papier einigen. Dies wurde durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, welche sich maßgeblich an dem Prozess beteiligte, ein halbes Jahr nach dessen Veröffentlichung durch Umsetzungshilfen ergänzt. Auch wenn dieser Nachtrag nicht rechtsverbindlich ist, unterstützen sie die jeweiligen Leistungserbringer*innen bei der konkreten Installation von StäB. Durch die Sichtung ausschlaggebender Aspekte der Rahmenvereinbarung sowie der Ergänzungen der DKG werden die Leistungsmerkmale von StäB konkreter dargestellt und fortgesetzt. [21]

Der grundlegende Ansatz einer StäB ist die Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld der Patient*innen, die einer vollstationären Behandlung entsprechen muss. Im Rahmen der Verhandlungen, dieser Vereinbarungen, hat der Ort der Leistungserbringung kontroverse Diskussionen angeregt. Die Parteien baten hierbei das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) um eine entsprechende Stellungnahme. Es wurde ersichtlich, dass der Bereich primär im häuslichen Umfeld der Patient*innen liegen soll. Allerdings wird vom Ministerium ebenfalls die Möglichkeit vorgesehen, an Gruppentherapie im Krankenhaus teilzunehmen und gleiches gilt für andere therapeutische Leistungen, die nicht im häuslichen Umfeld erbracht werden können. Zudem ist als Ziel einer StäB die Aktivierung, Mobilisierung und Befähigung der Patient*innen, sich adäquat außerhalb des häuslichen

[20] Vgl. Gottlob et al. (2019, S. 24ff)
[21] Vgl. Gottlob et al. (2019, S. 28–33)

Kontextes zu bewegen, definiert. Entsprechend darf die StäB sich nicht ausschließlich auf das häusliche Umfeld beschränken, um das Bestreben des BMG nachzukommen.[22]

Die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung ist zwingende Voraussetzung für die StäB. Dies ist der Fall, wenn das Behandlungsziel ausschließlich durch eine Krankenhausbehandlung erreicht werden kann. Der/die Patient*in und das Therapieziel stehen im Fokus. Die Entscheidung, welche Behandlungsform am ehesten dem Therapieziel entspricht, geschieht in Abstimmung mit den Patient*innen und deren Angehörigen, unter therapeutischen und organisatorischen Gesichtspunkten.[23]

Die Prüfung der Eignung des häuslichen Umfelds für eine StäB muss zu Beginn der Behandlung sowie im weiteren Verlauf erfolgen. Ebenso muss die Versorgung der Patient*innen im häuslichen Umfeld sichergestellt sein. Ansprüche und Leistungen aus dem SGB XI sowie ambulante Pflege stehen nicht im Widerspruch zur StäB und sind seit 2019 auch finanziell unabhängig geregelt. Das BMG sieht dies allerdings im Falle von Begleiterkrankungen anders. Es wird vorausgesetzt, dass interkurente Erkrankungen im Rahmen einer vollstationären Behandlung mitzubehandeln seien. Dies ist in der konkreten Umsetzung jedoch nicht möglich. Durch den Aufenthalt der Patient*innen im häuslichen Umfeld ist bei einer stationären behandlungsbedürftigen Begleiterkrankung zwingend eine Krankenhausaufnahme indiziert. Im Rahmen der StäB und einer zeitgleichen stationäre Aufnahme würde die Abrechnung beziehungsweise die Vorrangigkeit der Abrechnung Probleme aufwerfen.[24]

> *„§ 7 Behandlungsteam*
> *(1) Das Krankenhaus hält Vertreter der folgenden Berufsgruppen vor: Ärzte, Psychologen, Pflegefachpersonen, Spezialtherapeuten. Das Team für die stationsäquivalente Behandlung besteht aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe oder Spezialtherapeuten.*[25]

[22] Vgl. Gottlob et al. (2022, S. 32–39)
[23] Vgl. Gottlob et al. (2022, S. 37–40)
[24] Vgl. Gottlob et al. (2022,S. 41ff)
[25] Deutsche Krankenhausgesellschaft (2017, S. 4)

Der Paragraph beschreibt die Struktur und Anforderungen an das Behandlungsteam in einem Krankenhaus, insbesondere für die stationsäquivalente Behandlung (StäB). Hier sind die wesentlichen Punkte zusammengefasst Das Behandlungsteam muss aus mindestens 3 Berufsgruppen zusammengesetzt sein. Die Gesamtverantwortung für die StäB liegt immer bei dem/der zuständigen Fachärzt*in. Ebenso ist eine wöchentliche multiprofessionelle Fallbesprechung mit Fallbeteiligten aus den 3 Berufsgruppen sowie ggfls. externen Leistungserbringer*innen abzuhalten.[26]

Das Team der StäB muss einen täglichen direkten Patient*innenkontakt sicherstellen. Hierzu zählt der direkte persönliche Kontakt, aber auch der mögliche misslungene Kontaktversuch mit entsprechender Dokumentationspflicht. Zudem ist eine wöchentliche ärztliche Visite nach fachärztlichen Standards erforderlich. Durch die Formulierung, dass dies in der Regel im häuslichen Umfeld durchgeführt werden sollte, kann dies auch an alternativen Orten, z.B. in der Klinik sichergestellt werden.[27]

> *„§ 9 Sicherstellung der Behandlung*
> *(3) Darüber hinaus ist eine jederzeitige, 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche, ärztliche Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus zu gewährleisten. ….“*[28]

Das Krankenhaus ist in der Verpflichtung, ein Konzept des Krisenmanagements für StäB vorzuhalten. Im Sinne der Transparenz und der Handlungssicherheit ist eine klare Kommunikation mit den Patient*innen notwendig. Die Verpflichtung zur vollstationären Aufnahme bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Patient*innen geht einher mit der bestehenden Versorgungsverpflichtung der Kliniken, die StäB anbieten.[29]

> *„§ 12 …(2) Darüber hinaus hat das Krankenhaus die Therapiezeiten am Patienten separat und berufsgruppenspezifisch (Ärzte, Psychologen, Pflegefachpersonen, Spezialtherapeuten) an die Krankenkassen zu übermitteln. Fahrzeiten sind dabei nicht berücksichtigt.“*[30]

---

[26] Vgl. Gottlob et al. (2022, S. 44)
[27] Vgl. Gottlob et al. (2022, S. 44ff)
[28] Deutsche Krankenhausgesellschaft (2017, S. 5)
[29] Vgl. Gottlob et al. (2022, S. 45ff)
[30] Deutsche Krankenhausgesellschaft (2017, S. 6)

In § 12 ist neu geregelt, dass im Rahmen der Datenübermittlung § 301 SGB V der Durchführungsort der Stationsäquivalenten psychiatrische Behandlung zu übermitteln ist. Für Entgelte wurden Tag-, Fall- und Zeitraumbezogene Entgeltschlüssel nach Anlage 6b des PEPP-Katalogs 2018 festgelegt. Zudem ist im Rahmen der Entlassanzeige, Angaben zu Tagen ohne direkten Patient*innenkontakt zu ergänzen. Die Therapiezeiten sind im Rahmen der OPS- Koordinierung berufsgruppenspezifisch zu übervermitteln, maßgeblich ist hierbei die jeweils gültige OPS-Version. Zur Berechnung und Vereinbarung von krankenhaus-individuellen Entgelten im Rahmen eines Vollkostensatzes sind hier Leistungen, die nicht über OPS übermittelt werden einzubeziehen. Dies beinhaltet die Personalkosten, Fahrtkosten sowie andere pflegesatzfähigen Kosten. [31]

4.5. Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

Zusätzlich sind die Anforderungen an die Leistungsbeschreibung aus den StäB-spezifischen Operationen- und Prozedurenkodes (OPS 9-701 für Erwachsene und OPS 9-801 für Kinder und Jugendliche) für die Abrechnung der Leistungen zu berücksichtigen. Die Differenzierung der OPS-Kodes erfolgt berufsgruppenspezifisch nach Therapiezeiten in zeitlichen Intervallen. Von dieser Kodierung ist bei Patient*innen, welche zu Beginn der StäB das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Gebrauch zu machen. In einigen Fällen ist es bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr anwendbar. Ergänzende Hinweise zur konkreten Umsetzung der StäB finden sich in den ausformulierten OPS für Kinder- und Jugendliche.[32] Folglich werden in der Kodierung der Leistungen verschiedene Faktoren zusammengefasst. Durch die OPS verpflichten sich die Leistungserbringer*innen, in Anlehnung an die gesetzlichen Vorgaben und Vereinbarungen, gewisse Struktur- und Mindestmerkmale zu erfüllen, die mit entsprechenden Kodierungen versehen über die Datenschnittstelle an die Kostenträger zu übermitteln sind.[33]

[31] Vgl. Gottlob et al. (2022, S. 47ff)
[32] Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft et al. (2017, S. 2ff)
[33] Vgl. Gottlob et al. (2022, S. 49–52)

5. Finanzierung psychiatrischer Versorgung

Die psychosoziale Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist in Deutschland stark geprägt von gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, Finanzierungs-voraussetzungen und regionalen Strukturen, die eine Aufteilung einzelner Leistungen auf verschiedene Akteur*innen nach sich zieht. Ursache hierfür ist die Verankerung des Gesundheits- und Sozialsystems in diversen Sozialgesetzbüchern und entsprechenden unterschiedlichen Leistungsträgern.[34]

Mit der Einführung der StäB ist somit eine alte Forderung aus der Zeit der Reformbewegung der Psychiatrie, der Behandlung von psychisch Kranken außerhalb des Krankenhauses direkt in den Gemeinden, aufgegriffen worden. Damals noch im Kontext mit dem Ziel der Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser wurde das Konzept und die psychiatrische Versorgung verändert. Der sozialpsychiatrische Ansatz stelle den psychisch kranken Menschen und sein direktes Lebensumfeld in den Mittelpunkt. Eine erfolgreiche Behandlung bezieht also das direkte Lebensumfeld psychisch kranker Menschen mit einem, dies bedeutet in manchen Fällen die Behandlung zu Hause oder unmittelbar in der Schule und am Arbeitsplatz im Sinne von Hometreatment. Die stationäre Versorgung konzentriert sich auf eine zeitlich beschränkte Behandlung akuter Krisen. Ambulant und stationär sind keine Gegensätze, sondern Bausteine, um eine adäquate ganzheitliche Behandlung des psychisch kranken Menschen zu ermöglichen. Im Deutschen Gesundheitssystem herrscht allerdings weiterhin eine strikte Sektionierung von ambulant und stationär. Menschen mit komplexen Hilfebedarf, der über die rein medizinischen Leistungen hinausgeht, können häufig im regulären Vertragsarztsystem mit seinen begrenzen Behandlungsmöglichkeiten nicht adäquat versorgt werden. So werden diese Menschen auf stationäre Aufenthalte verwiesen, bis sie stabil genug für die ambulante Betreuung sind und eine entsprechende Vertragsarztkonformität erreicht haben.

Seit der Psychiatrie-Enquéte im Jahr 1975 scheiterten Versuche, sektionsübergreifende Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen zu etablieren. Im Gesundheitssystem, speziell im medizinischen Sektor (SGB V) klafft ein Graben zwischen ambulanter Versorgung durch das Vertragsarztsystem und der vollstationären Behandlung durch Kliniken.

---

[34] Vgl. Faulbaum-Decke und Zechert (2010, S. 144–156)

Durch den Aufbau der Gemeindepsychiatrischen Verbände und der Fortentwicklung der Eingliederungshilfe sowie der Teilhabeleistungen hat sich die Versorgung psychisch kranker Menschen elementar entwickelt und verbessert. [35]

Diverse Initiativen des Gesetzgebers, diese übergreifenden Behandlungsmethoden zu integrieren, scheiterten häufig im Diskurs mit den Krankenkassen und den Verbänden des Vertragsarztsystemes. Mit Einführung der StäB im PsychVVG gelang dem Bundesministerium für Gesundheit im SGB V eine verbindende Regelung von ambulant und stationär. Durch die Erweiterung des § 39 SGB V „Krankenhausbehandlung“ und die Aufnahme der StäB als alternative Behandlungsmöglichkeit wurden juristische Blockaden überwunden und der Weg zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung geebnet. 36

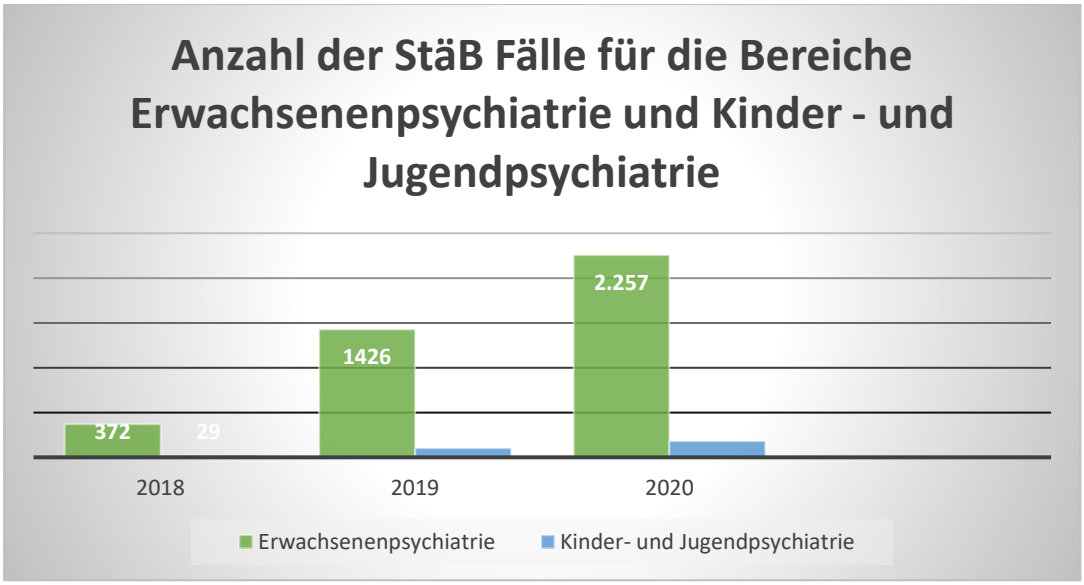
5.1. Gemeinsamer Bericht der Selbstverwaltung über StäB

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelte auf Grundlage der Kosten und Leistungsdaten eine Stichprobe aus den Jahren 2018 bis 2020. Bei der Einführung von StäB im Jahr 2018 erfolgte dies als unbewehrtes Entgelt, da für das Jahr 2016 keine entsprechenden Daten vorlagen. Auch in den Folgejahren war die Datengrundlage unzureichend, so dass die InEK auch für die Entgeltkatalog keine einheitliche Entgeltdefinition festlegen konnte. Der Gesetzgeber hat den GKV-Spitzenverband der PKV und die DKG beauftragt, bis zum 31. Dezember 2021 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der StäB im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patient*innen sowie auf die finanziellen Aspekte zu erstellen und dem BMG vorzulegen. Diese haben sich auf Bundesebene darauf geeinigt, die Daten der Krankenhäuser nach § 21 KHEntgG für die Datenjahr 2018 2019 und 2020 als Datengrundlage zu nutzen. Das InEK hat umfangreiche Auswertungen durchgeführt und den Selbstverwaltungspartnern diese Ergebnisse zu Verfügung gestellt. Als Auswahlkriterium galt die Abrechnung der PEPP-Entgelte QA80Z und QK80Z bei Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen. Die Auswertung der erbrachten Leistungen basieren auf den hinterlegten OPS-Kodes, welche differenziert für Erwachsene und Kinder und Jugendliche kodiert wurden.[37]

---

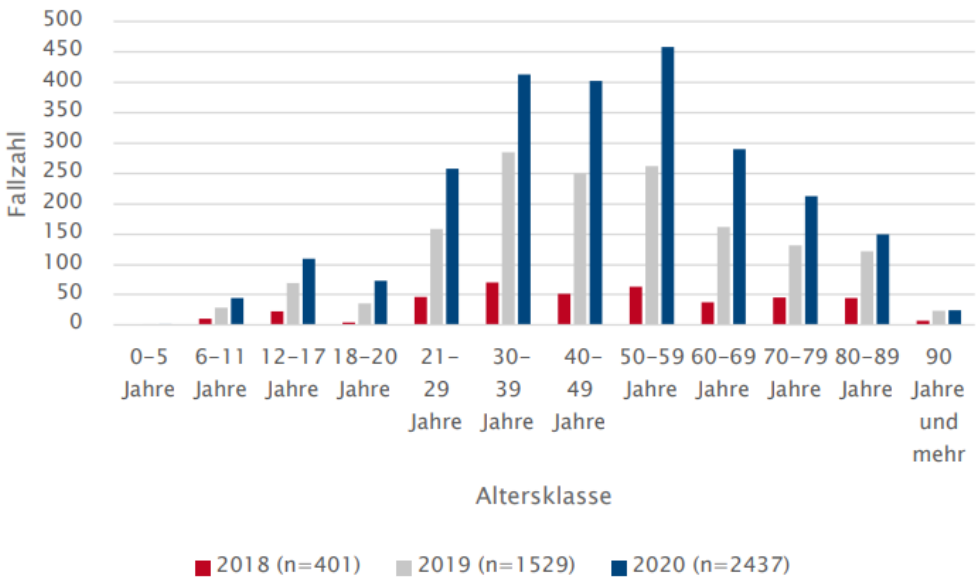
[35] Vgl. Gottlob et al. (2022, S. 57ff)
[36] Vgl. Gottlob et al. (2019, S. 49ff)
[37] Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft et al. (2017, S. 2ff)

Abbildung 1 - Anzahl der StäB-Fälle für die Bereiche Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, eigene Darstellung



Aus den Eckdaten dieser Auswertung geht hervor, dass das StäB Angebot kontinuierlich ausgebaut wurde. Zudem erfolgt die Zuordnung berufsgruppenbezogen und nach Behandlungszeit. Es wurde jeder StäB Fall aufgenommen, der im jeweiligen Datenjahr abgerechnet wurde. Nachfolgend wird in der Altersverteilung ebenfalls deutlich, dass StäB in allen Altersgruppen angewendet werden kann und für alle gleichermaßen geeignet ist.

Abbildung 2 - Altersverteilung der StäB-Fälle, 2018-2020 [38]



[38] (Deutsche Krankenhausgesellschaft et al., 2017, S. 11)

Im Rahmen der Auswertung wurden die erhaltenen OPS-Kodes differenziert nach Behandlungszeit, Berufsgruppen sowie Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen betrachtet. Hierbei gab es keine nennenswerten Unterschiede in der Differenzierung der Berufsgruppen in Kombination mit den Zeitklassen. Allerdings zeigte sich eine durchgehende kontinuierliche Beteiligung durch vier Berufsgruppen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.[39]

Abbildung 3 -Verteilung der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen, 2018-2020 [40]

		2018	2019	2020
		Anteil	Anteil	Anteil
Erwachsene	Behandlung durch eine Berufsgruppe	4,8 %	1,2 %	0,8 %
	Behandlung durch 2 Berufsgruppen	25,0 %	9,9 %	8,2 %
	Behandlung durch 3 Berufsgruppen	**46,0 %**	**46,7 %**	39,4 %
	Behandlung durch 4 Berufsgruppen	24,2 %	42,2 %	**51,5 %**
Kinder- und Jugendliche	Behandlung durch eine Berufsgruppe	0,0 %	1,0 %	0,6 %
	Behandlung durch 2 Berufsgruppen	3,4 %	13,6 %	5,6 %
	Behandlung durch 3 Berufsgruppen	41,4 %	15,5 %	18,9 %
	Behandlung durch 4 Berufsgruppen	**55,2 %**	**69,9 %**	**75,0 %**

Zudem wurde eine Auswertung der durchschnittlichen Behandlungszeit pro Behandlungsfall vorgenommen. Hierbei ließ sich feststellen, dass der Zeitaufwand bei Kindern und Jugendlichen in allen drei Jahren durchgehend höher ist als bei Erwachsenen. Zudem ist erkennbar, dass in beiden Bereichen der höchste fallbezogene Anteil der Kontakte auf das Pflegefachpersonal entfällt. Im Schnitt pendelte sich die durchschnittliche Behandlungszeit in Minuten pro Behandlungstag sowohl im Erwachsenenbereich als auch bei den Kindern und Jugendlichen bei 60 Minuten ein.[41]

[39] Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft et al. (2017, S. 17–21)
[40] (Deutsche Krankenhausgesellschaft et al., 2017, S. 22)
[41] Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft et al. (2017, S. 22–25)

Abbildung 4 - Durchschnittliche Behandlungszeiten in Minuten pro Behandlungsfall, 2018-2020 [42]

		2018	2019	2020
Erwachsene	Arzt/Ärztin	223 Min.	326 Min.	329 Min.
	Pflegefachpersonen	959 Min.	1.036 Min.	1.157 Min.
	Psychologe/in	253 Min.	258 Min.	332 Min.
	Spezialtherapeut/in	377 Min.	445 Min.	454 Min.
	Gesamt	1.462 Min.	1.824 Min.	2.045 Min.
Kinder- und Jugendliche	Arzt/Ärztin	430 Min.	480 Min.	411 Min.
	pädagogisch-pflegerische Fachpersonen	797 Min.	888 Min.	1.274 Min.
	Psychologe/in	535 Min.	381 Min.	401 Min.
	Spezialtherapeut/in	802 Min.	421 Min.	419 Min.
	Gesamt	2.269 Min.	1.981 Min.	2.371 Min.

Solange keine bewerteten Entgelte auf Bundesebene bestehen, sind für StäB individuelle Entgelte gemäß § 6 Absatz 1 Satz 1 BPflV zu vereinbaren. Somit können auf Ortsebene fallbezogene, tagesbezogene oder zeitraumbezogene Entgelte vereinbart werden. Sind im Rahmen der Budgetvereinbarungen keine krankenhausindividuellen Entgelte vereinbart worden, kann das Krankenhaus gemäß PEPP eine Ersatzleistung in Höhe von 200€ pro Berechnungstag in Rechnung stellen.[43]

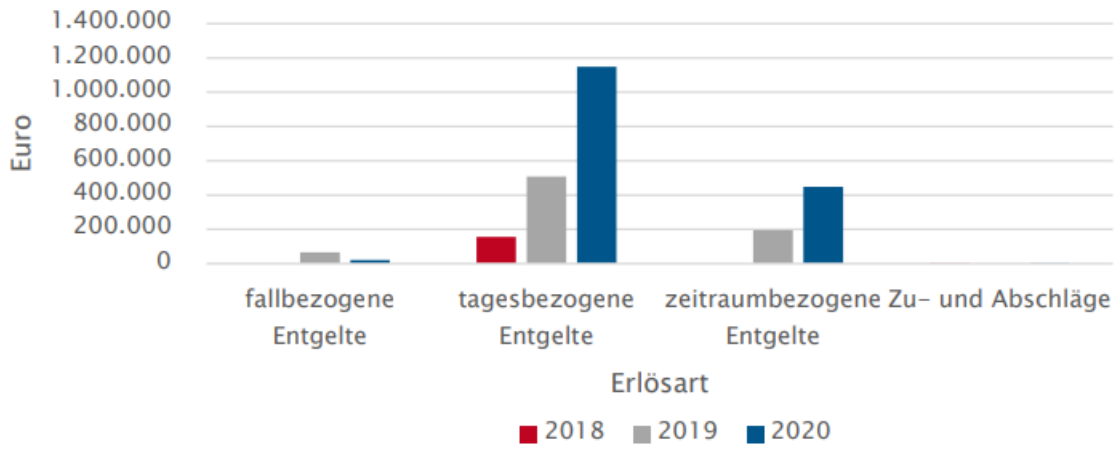
Abbildung 5 -Durchschnittliche StäB-Erlöse, 2018-2020 [44]

		2018	2019	2020
Mittelwert StäB-Erlöse je Fall				
	Erwachsenenpsychiatrie	4.979,82 Euro	6.413,26 Euro	8.025,05 Euro
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	5.355,17 Euro	7.472,01 Euro	8.994,16 Euro
Mittelwert StäB-Erlöse je Berechnungstag				
	Erwachsenenpsychiatrie	279,20 Euro	211,08 Euro	245,22 Euro
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	189,68 Euro	245,14 Euro	251,25 Euro

[42] (Deutsche Krankenhausgesellschaft et al., 2017, S. 25)
[43] Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft et al. (2017, S. 28–32)
[44] (Deutsche Krankenhausgesellschaft et al., 2017, S. 30)

Durch den Ausbau der StäB ist die Summe der Erlöse im Beobachtungszeitraum kontinuierlich gestiegen. Hierbei wurde auch die Verteilung der StäB Erlöse nach Erlösarten für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie analysiert. In beiden Bereichen gibt es eine Abnahme der fallbezogenen Entgelte und einer Zunahme der Zeitraum-bezogenen Entgelte. Die Entgelte, die auf den Zeitraum bezogen sind, wurden entsprechend den vereinbarten Entgelten gemäß der OPS-Systematik zugeordnet; dabei sind auch die Entgelte für Fahrzeiten berücksichtigt. [45]

Abbildung 6 - Verteilung der StäB-Erlöse nach Erlösarten für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2018-2020 [46]



Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ergeben sich verschiedene Ergebnisse. Unter anderem stellen sie die These auf, dass die StäB übervergütet seien. Dies führen sie auf die in Abbildung 5 aufgeführte Tabelle zurück, aus der ein deutlicher Anstieg der StäB Erlöse hervorgeht. Dies liegt unter anderem an der Zunahme der Anbieter und Steigerung der Fallzahlen. Jedoch kritisieren sie die durchschnittlichen StäB Erlöse je Berechnungstag scharf. Dies stehe nicht in Relation zum Umfang und Inhalt der erbrachten Leistungen, da diese Behandlungsleistung durchschnittlich eine Stunde pro Behandlungstag durch Pflegepersonal erbracht wird. Hierzu gab es zahlreiche Stellungnahmen unterschiedlicher Akteur*innen, die in ausgewählter Form dargestellt werden.[47]

[45] Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft et al. (2017, S. 30–34)
[46] (Deutsche Krankenhausgesellschaft et al., 2017, S. 31)
[47] Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft et al. (2017, S. 34–40)

5.2. Kritische Stellungnahmen

Die Arbeitsgruppe StäB der DGPPN hat in Zusammenarbeit mit den Südwürttembergischen ZfP Ende März 2022 eine kritische Stellungnahme hierzu verfasst. Vor allem der Punkt der Wirtschaftlichkeit wird stark kritisiert. Hier wird im Rahmen der Budgetverhandlungen vor Ort deutlich, dass die genannten Aufwendungen für erbrachte Leistungen eher knapp bemessen sind. Sie können sich der Aussage der Krankenkassen, dass StäB eine überteuerte Behandlungsform wäre, nicht anschließen und begründen dies mit den bisherigen Verhandlungserfahrungen. Kein Verhandlungspartner würde einer Abrechnung überhöhter oder unwirtschaftlicher Kosten zustimmen. Aus der Stellungnahme geht eine klare Kritik an der Bewertung des GKV-Spitzenverbandes heraus, mit der Annahme, dass die neu eingeführte Form der Akutbehandlung durch psychisch kranke Menschen durch StäB behindert, verzögert und gebremst werden soll.[48]

Die DKG verfasste Ende März 2022 eine ergänzende Stellungnahme zu dem gemeinsamen Bericht der Selbstverwaltung. Hier titulieren sie ebenfalls, dass StäB Leistungen aufgrund der vorhanden Abrechnungsdaten nicht als übervergütet bewertet werden können. Ebenso sei eine Übervergütung durch die durchschnittlichen StäB-Erlöse je Berechnungstag von 251€ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (in 2020) nicht nachvollziehbar. Durch die Abrechnungsdaten könne das Gegenteil abgeleitet werden. Da im Jahr 2020 der Anteil der Krankenhäuser, die den Ersatzbetrag von 200€ pro Tag abgerechnet haben, immer noch bei 33% lag und diese in die Durchschnittswerte eingeflossen sind, ist schließlich zu folgern, dass in den Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vor Ort deutlich höhere Beträge vereinbart wurden. Da in den konkreten Kostenverhandlungen vor Ort die Krankenhäuser umfassend alle mit StäB verbundenen Kosten darlegen müssen, kann definitiv nicht von einer Übervergütung ausgegangen werden. [49] Die DKG kritisiert die Aussage der GKV, dass die Höhe der Leistungsvergütung in einem deutlichen Missverhältnis zum Umfang und Inhalt der erbrachten Leistungen stehe. Sie postuliert ebenso wie die Arbeitsgruppe StäB der DGPPN, dass StäB als neue Behandlungsform grundsätzlich abgelehnt wird. Wohingegen die bereits geschlossenen Vereinbarungen auf der Ortsebene dafürsprechen, dass die Krankenkasse die Einführung von StäB zumindest nicht grundsätzlich verweigert.[50]

---

[48] Vgl. Längle (2022, S. 1–7)
[49] Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2017, S. 1–9)
[50] Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2017, S. 1–9)

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) hat ebenfalls eine Stellungnahme zu dem gemeinsamen Bericht der Selbstverwaltungen erstellt. Diese widersprechen klar der Bewertung der GKV zur Übervergütung und Unterversorgung der StäB. Vielmehr muss von einer Untervergütung ausgegangen werden, denn in den erhobenen Minutenwerte der Auswertung sind Aspekte wie die nötige Netzwerkarbeit sowie Aufwände für Organisationen oder Ausfallzeiten außer Acht gelassen. Bei der nur auf den Patient*innen-Aufwand bezogenen Berechnung muss jedoch die Fahrzeit mit einbezogen werden, sowie die Fallbesprechungen, strukturelle Organisationszeit und Übergabezeiten. Daraus ergibt sich ein Vielfaches mehr an aufgewendeter Zeit. Die DGKJP zieht dahingehend Schlüsse im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots zwischen einer stationären Behandlung, die durchschnittlich 350 bis 500€ kostet, und einer StäB, die im Schnitt 245€ kostet. Daraus ergibt sich ebenso die These, dass die Kinder und jugendpsychiatrischen Leistungen in StäB stark unterfinanziert sind.[51]

6. Kinder- und Jugendpsychiatrie

6.1. Einführung

Etwa jedes/r zwanzigste Kind und Jugendliche in Deutschland hat eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung, etwa jedes fünfte Kind klagt über psychosomatische (psychische und körperliche) Beschwerden.[52]

Es wird von einer psychischen Erkrankung bei Kindern- und Jugendlichen ausgegangen, wenn das Verhalten und/oder das Erleben unter Berücksichtigung des Entwicklungsalters abnorm ist und/oder zu einer Beeinträchtigung führt. Hierbei werden unter Einbezug der sozialen Komponente sowie situationsspezifisch Verhaltensweisen betrachtet. Ebenso sind die Begriffe der Abnormalität sowie das Ausmaß der Beeinträchtigung einzugrenzen, um eine Diagnose zu formulieren. Dies dient vor allem der Erforschung von Ursachen und dazu, entsprechende Behandlungsmöglichkeiten auszuwählen. [53]

[51] Vgl. Boege et al. (2022, S. 1–5)
[52] Bundes Psychotherapeuten Kammer (2020, S. 3)
[53] Vgl. Steinhausen (2019, S. 21ff)

Das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neuro-logischen Erkrankungen oder Störungen sowie von psychischen und sozialen Verhaltensproblemen des Säuglings-, Kindes- und Jugendalters und des jungen Erwach-senenalters unter Berücksichtigung ihrer Einbindung in Familie und das soziale Umfeld.[54]

Der Bedarf an psychiatrischer Behandlung im Kindes- und Jugendalter ist derzeit steigend. Die Kinder und Jugendpsychiatrische Versorgung in Deutschland ist im europäischen Vergleich gut ausgebaut, jedoch zu wenig auf die ambulante Versorgung ausgerichtet und wenig sektorenübergreifend. Der kontinuierliche Ausbau von tagesklinischen Plätzen entlastet die Bettenauslastung an vollstationären Plätzen nicht. Vielmehr entsteht der Eindruck, dass mehr Kinder und Jugendliche erreicht werden und durch das Modellvorhaben oder durch StäB schneller und effektiver behandelt werden können, um lange Wartezeiten oder gar eine Akutaufnahme zu verhindern.[55]

6.2. StäB

> *„Home Treatment in Form von StäB stellt eine gute Ergänzung des sich von ambulant nach stationär intensivierenden Behandlungsspektrums da und sollte in Deutschland auch in Zukunft einen festen Platz für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen erhalten.“*[56]

Aufsuchende Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie fand bislang kaum statt, obwohl mehr Patient*innen mit einer stationären Indikation über eine aufsuchende Behandlung erreicht werden könnten. Häufige Ursachen hierfür sind Hindernisse wie Transportprobleme, Strukturdefizite oder das Vergessen von Terminen. Zudem ist die Angst vor Stigmatisierung, der Entzug der elterlichen Sorge sowie ganz pragmatisch die Unkenntnis über mögliche Hilfen weitere Hindernisse, die eine adäquate Behandlung erschweren. Die StäB bietet nun die Möglichkeit, Kindern und Jugendliche mit medizinischer Indikation zur stationären Behandlung, ein realisierbares Behandlungsangebot trotz diverser Hindernisse machen zu können.[57]

---

[54] Vgl. Steinhausen (2019, S. 21ff)
[55] Vgl. Schepker und Kölch (2023, S. 745–751)
[56] (Kölch, 2020, S. 734)
[57] Vgl. Klocke et al. (2022, S. 520–528)

Die formalen Behandlungskriterien für StäB gelten uneingeschränkt wie in der Erwachsenenpsychiatrie. Es gibt allerdings in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Merkmale, die genauere Beachtung benötigen. Die Besonderheit der StäB ist unter anderem, dass Kinder und Jugendliche nie allein leben. Sie sind in ein familiäres Umfeld eingebettet und die StäB Behandlung bezieht dieses intensiv ein. Somit wird deutlich, dass der Einbezug des Familiensystems bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen eine wesentliche Rolle einnimmt und einen hohen Stellenwert hat. Regelmäßige Elterngespräche, sowie Training für Erziehungsberechtigte sind unbedingt notwendig. Diese sind nachweislich einer der Hauptwirkfaktoren für eine zielführende Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Aktuell ist dies jedoch nur möglich, wenn die Patient*innen am Gespräch beteiligt sind. Diverse spezifische Gegebenheiten lassen allerdings auf eine Kontraindikation dieser schließen. Entsprechend ist ein zweiter direkter Patient*innenkontakt notwendig, um diesen im Rahmen der OPS abrechnen zu können.[58] Ebenso ist der Behandlungsort bei Kindern- und Jugendlichen aufgrund komplexer Familiensysteme variabel. Sind die Eltern getrennt lebend oder ist das Kind/der Jugendliche bei Pflegeeltern untergebracht, wird die Behandlung komplexer und benötigt eine höhere zeitliche Flexibilität der StäB Mitarbeiter*innen. Es gilt Stundenpläne, Arbeitszeiten der Eltern sowie Freizeitaktivitäten zu beachten, um die bestehenden Alltagstrukturen zu erhalten. Zudem sind häufig ergänzende Hilfesysteme involviert, welche die Behandlung tangieren und eine Korrespondenz zwischen z.B. Jugendamt, Arbeitsamt oder auch Gerichten notwendig machen.[59]

In der StäB bei Kindern und Jugendlichen ist die Zielgruppe besonders zu betrachten. Hierbei ist ein ausschließlich gesprächstherapeutisches Angebot häufig nicht zielführend und überfordert die Kinder und Jugendlichen in ihrer Lebenswirklichkeit. Durch erlebnispädagogische sowie spielerische Ansätze sind diese Zielgruppen besser zu erreichen. Dies erfordert eine hohe Professionalität der Mitarbeiter*innen sowie fundiertes Wissen und Expertise über die klassischen gesprächstherapeutischen Angebote hinaus. Das StäB Team profitiert von einer hohen Multiprofessionalität der Mitglieder und ist auf breite Behandlungsmöglichkeiten angewiesen, welche in der Erwachsenpsychiatrie in diesem Ausmaß nicht zum Tragen kommt. [60]

---

[58] Vgl. Gottlob et al. (2019, S. 57–61)
[59] Vgl. Fegert (2014, S. 158–171)
[60] Vgl. Gottlob et al. (2022, S. 99–106)

6.3. Indikationsstellung und Zielgruppe

Zur Indikation für eine StäB gelten die gleichen Vorgaben wie für eine stationäre Behandlung. Eine Symptomatik, die eine entsprechende Überwachung oder gar Schutz benötigt, gilt als gesichertes Kriterium für einen Aufnahme. Diagnostik zur Einordnung der Symptomatik oder folgend deren Behandlung sind hierbei inkludiert. Durch ein unzureichendes Umfeld der Patient*in, welches der Genesung nicht zuträglich ist, ist eine stationäre Behandlung ebenso indiziert. Im Rahmen von StäB wird ergänzend das Umfeld entsprechend gefördert, um auch langfristig eine Entlastung zu schaffen und die soziale Teilhabe wiederherzustellen. Kinder und Jugendliche, welche hierbei Schwierigkeiten aufweisen, werden im Rahmen der StäB alltagsnah und individuell hierbei unterstützt.[61]

Im Gesetzgebungsprozess wurde bewusst keine grundsätzliche Einschränkung oder Festlegung vorgenommen, für welche Gruppe psychisch kranker Menschen StäB geeignet sei. Ferner sind alle Patient*innen, die in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden, in der Lage, ebenfalls in dieser Form der Behandlung ihre Therapieziele zu erreichen. Es gibt allerdings Kliniken, die einzelne Krankheitsbilder für die Behandlung individuell ausschließen. Der Schweregrad der psychischen Erkrankung sowie die gesicherte Diagnose sind nicht maßgeblich für die Aufnahme. Die einzige Personengruppe, die derzeit explizit ausgeschlossen ist, sind richterlich untergebrachte Personen.[62]

[61] Vgl. Illy (2024, S. 39)
[62] Vgl. Gottlob et al. (2019, S. 63ff)

6.4. Vorteile StäB KJP

Die StäB im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie bringt diverse Vorteile gegenüber einer stationären Behandlung mit. Der Einbezug des häuslichen Umfeldes sowie des gesamten unterstützenden Systems (Familienmitglieder, Schule, Gleichaltrige, Freizeit) bewirkt einen systemischen Zugang zu den individuellen Problemlagen und lässt eine Behandlung noch gezielter und effizienter gestalten, um ein entsprechendes Funktionsniveau herzustellen. Entgegen einer stationären Aufnahme erfolgt hier ein niedrigschwelliger Zugang zum System KJP und eine Stigmatisierung sowie Ängste werden abgebaut, notwendige weiterführende Hilfen können entsprechend angebahnt oder weitergeführt werden, die zur weiteren Stabilisierung notwendig erscheinen.[63]

Therapeutische Maßnahmen können während einer Behandlung in diesem Setting, im Rahmen des familiären Systems besser und gezielter eingesetzt werden. Zudem wird durch die aufsuchende Behandlung die familiäre Struktur beibehalten, ebenso die familiären Abläufe, um eine Stärkung der familiären Situation zu begünstigen. Durch den engen Einbezug der Eltern im Behandlungsprozess, wird eine Kompetenzerweiterung der Bezugspersonen als Prävention erlebt und eine höhere Verantwortungsübernahme bzw. Bereitschaft der Veränderung von eigenen Verhaltensweisen im familiären Setting.[64]

Weitere evidenzbasierte Studien zu aufsuchender Behandlung sind erstrebenswert, gerade weil StäB ein recht neues Modell dieser ist. Durch die Studie „Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung: Evaluation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung“, welche seit Mitte/ Ende 2023 abgeschlossen ist, allerdings zum Zeitpunktes der Masterarbeit noch nicht veröffentlicht wurde, ergibt sich eine sehr hohe Patient*innenzufriedenheit.[65] Ebenfalls stelle Prof. Dr. Längle bereits 2022 Behandlungsdaten von über 1000 behandelten Fällen vor, in denen die Patient*innenzufriedenheit signifikant war. Die Patient*innen empfanden besonders das Respektieren der Privatsphäre, die Kompetenz der Mitarbeiter*innen sowie das Gefühl des „angenommen sein“ als besonders zufriedenstellend.[66]

---

[63] Vgl. Illy (2024, S. 3–6)
[64] Vgl. Kölch (2020, S. 745 - 751)
[65] Vgl. Bechdolf et al. (2022, S. 488–498)
[66] Vgl. Raschmann et al. (2022, S. 46–50)

6.5. Finanzierungsmodalitäten StäB KJP

Stationäre Krankenhausaufenthalte werden in der Regel über Fallpauschalen abgerechnet. Anders sieht das jedoch in der Psychiatrie und in psychosomatischen Kliniken aus. Da man davon ausgeht, dass psychiatrische Erkrankungen nicht über eine bestimmte Verweildauer im Krankenhaus berechnet werden, kann gibt es hier Tages-Entgelt-Pauschalen. Die Vergütung von StäB wurde grundsätzlich im Krankenhausgesetz (§ 17d Absatz 2 KHG) geregelt.[67]

Die Planung, Konkretisierung und Umsetzung zu StäB Plätzen gestaltet sich von Bundesland zu Bundesland jedoch unterschiedlich. Die konkrete Krankenhausplanung sowie die Planbetten in Krankenhäusern werden auf Bundesebene geregelt, wohingegen die Auslastung der krankenhausplanerischen Betten zwischen Krankenhausträger und Krankenkassen obliegt. Aus den Erfahrungen der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen geht hervor, dass eine krankenhausplanerische Zuweisung von StäB Plätzen in der Pflegesatzverhandlung für das einzelne Krankenhaus hilfreich ist.
Bis zum Abschluss einer Vergütungsvereinbarung wurde der vorläufige Erstattungsbetrag für unbewertete PEPP von 200 Euro auf Fall und Tag festgelegt (§ 8 Satz 5 PEPP-V). Die Vorstellungen, wie teuer und aufwendig StäB im Einzelnen sein wird, gingen auch während der Verhandlung der Rahmenvereinbarung weit auseinander. [68]

Im Psychiatriebarometer 2018/2019 wurde die StäB und deren Finanzierung zu dem Zeitpunkt genauer betrachtet. Es wurden psychiatrische Einrichtungen befragt, die zu dem Zeitpunkt diese Form der Behandlung angeboten. Hierbei kam zutage, dass die meisten Krankenhäuser für die stationsäquivalente Behandlung ein Tag-bezogenes Entgelt erhalten. Es wurde geschlussfolgert, dass die Regelung in Kraft trat, bis zur jeweiligen Budgetvereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2018 pauschal 200€ abzurechnen waren (unbewertetes PEPP-Entgelt).[69]

---

[67] Vgl. Faulbaum-Decke und Zechert (2010, S. 144–156)
[68] Vgl. Gottlob et al. (2022, S. 53ff)
[69] Vgl. Blum et al. (2019, S. 8–13)

Im Jahr 2020 wurden in Baden-Württemberg im Rahmen des Landeskrankenhausausschusses Vereinbarungen zur Krankenhausplanung von StäB festgelegt. So war es psychiatrischen Fachkrankenhäusern, Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischer Abteilung sowie psychiatrischen Universitätskliniken mit allgemeiner Versorgungsverpflichtung möglich, dass ihnen auf Antrag neue StäB Plätze zugewiesen werden. Als Voraussetzung hierfür wurde jedoch die Aufnahme im Landeskrankenhausplan vorgeschrieben mit einem entsprechenden StäB Konzept. Zudem ist ein Nachweis über eine 90-prozentige Auslastung der Kapazitäten in den letzten beiden Jahren notwendig. Formal sind die StäB Betten als speziell ausgewiesenes Teilkontigent der stationären Planbetten zu beachten. Somit erhöht sich die Planbettenzahl des Krankenhauses um die entsprechende Anzahl an StäB Plätzen. Das Beispiel aus Baden-Württemberg kann in anderen Bundesländern in den konkreten Kostenverhandlungen sowie auf Landesebene angeführt werden.[70]

Der Deutschen Krankenhausgesellschaft war es in der Stellungnahme zu den Vereinbarungen zur StäB wichtig, die Zuzahlungsregelung für stationäre Maßnahmen anzuführen, da diese hier nicht zur Anwendung kommt. Es wird im SGB V klar zwischen vollstationär und stationsäquivalenter Behandlung unterschieden. Versicherte leisten Zuzahlungen bei einer vollstationären Aufnahme, die StäB wurde hier im Gesetz nicht aufgenommen, somit sind keine Zuzahlungsleistungen zu erbringen.[71]

6.6. Finanzierungsstrukturen am Beispiel Baden-Württemberg

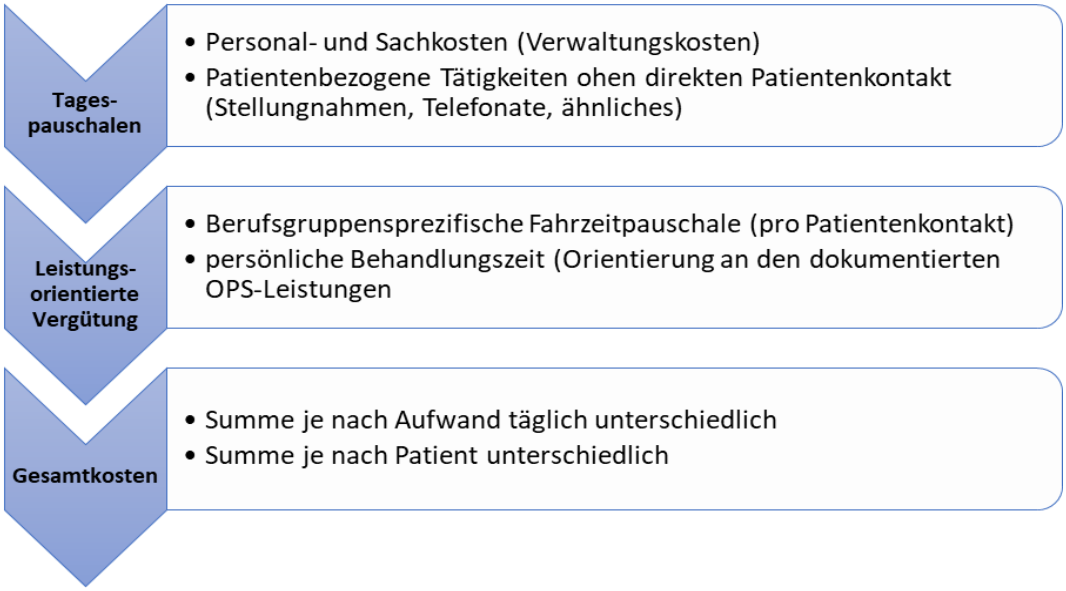
Konkret hat sich z.B. in Baden-Württemberg ein kombiniertes Abrechnungsmodell mit einzelnen Pauschalen sowie leistungsbezogenen Vergütungsanteilen etabliert. Die Basis Vergütung für Sachkosten und sonstiges Personal in Form einer Tagespauschale wurde um eine Pauschale für patient*innenferne Tätigkeiten (Telefonate, Stellungnahmen erstellen, sozialadministrative Tätigkeiten, Arbeit im Sozialraum u. a.) ergänzt. [72]

[70] Vgl. Gottlob et al. (2022, S. 53ff)
[71] Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2017, S. 3)
[72] Vgl. Greve (2021, S. 91–95)

Darüber hinaus wurde eine berufsgruppenspezifisch berechnete Fahrtzeitpauschale pro Patient*innenkontakt von 40 Minuten vereinbart. Ergänzend werden die an den Patient*innen verbrachten Zeiteinheiten orientiert an den dokumentierten OPS je Berufsgruppe und Tag abgerechnet. Neben der Basispauschale ergibt sich damit eine leistungsabhängige ergänzende Vergütung pro Tag, die je nach Behandlungsbedarf der Person und der daraus in Folge erbrachten Leistung stark variieren kann.[73]

Die Vergütung der einzelnen Leistungen ergibt sich aus den erfassten Minuten, die im Rahmen der OPS in Korridore eingruppiert werden. Findet ein 45 Minuten Patient*innenkontakt statt, wird dies dem Korridor 30 – 60 Minuten zugeordnet, welcher gemittelt ebenfalls 45 Minuten ergibt, pauschal werden 10 Minuten Dokumentationszeit hinzugefügt. Diese 55 Minuten werden mit dem berufsgruppenspezifischen Preis multipliziert, um die leistungsbezogene Komponente zu errechnen. In Nordrhein-Westfalen, Brandenburg, Berlin und Hessen kristallisiert sich ein zweites Finanzierungsmodell fester Tagessätze heraus, die mit der Höhe der durchschnittlichen stationären Pflegesätze vor Ort vergleichbar sind.[74]

Abbildung 7 - Übersicht der anteiligen leistungsabhängigen Vergütung in BW - eigene Darstellung



[73] Vgl. Greve (2021, S. 91–95)
[74] Vgl. Gottlob et al. (2022, S. 130ff)

7. Methodisches Vorgehen

Im folgenden Kapitel soll die Auswahl der Methodik, die Durchführung der Untersuchung sowie die entsprechende Auswertungsmethode dargestellt werden. Zum Forschungsprozess werden die Forschungsfragen, die Leitfadenerstellung, die Interviewdurchführung und die Auswertungsschritte näher erläutert.

7.1. Auswahl der Methodik und Vorgehen

Die Arbeit basiert auf den Grundlagen der empirischen Sozialforschung. Mithilfe ausgewählter Methoden wie Befragungen, Beobachtungen und Inhaltsanalysen werden theoretische Inhalte an spezifischen Wirklichkeiten begründet und überprüft. Je nach Verlauf der empirischen Studie werden die aufgestellten Hypothesen verifiziert oder widerlegt. Der entscheidende Faktor bei der Auswahl der richtigen empirischen Methode ist das jeweilige Forschungsinteresse. Im Allgemeinen wird zwischen quantitativen und qualitativen Erhebungsinstrumenten unterschieden. Bei qualitativen Methoden geht es neben dem Beschreiben, Interpretieren und Verstehen von Zusammenhängen bzw. Kausalitäten auch um die Aufstellung von Klassifikationen und die Generierung von Hypothesen. Zum Inhalt der spezifischen Arbeit gibt es meist wenig Literatur, deshalb wird sich umso mehr mit der Auffassung subjektiver Sichtweisen beschäftigt. Die Erforschung des bislang unbekannten Phänomens basiert auf einer interpretativen Auswertung.[75]

Für die Verfahrensweise bedeutet das, dass bei qualitativen Projekten offen und umfassend Informationen erhoben werden. So ist kein statistischer Wert ausschlaggebend, sondern vielmehr die Aussagen, Einstellungen oder Interaktionen der einzelnen Beteiligten. Aus den gewonnenen Erkenntnissen lassen sich im Anschluss theoretische Hypothesen für die Forschungsarbeit ableiten. Aufgrund der bisherigen Feststellungen und Beurteilungen zum Untersuchungsgegenstand bietet sich vorliegend ein qualitativ exploratives Vorgehen für die Datenerhebung und Auswertung an. Für die vorliegende Arbeit wurde das leitfadengestützte Expert*inneninterview als Methode der qualitativen Sozialforschung ausgewählt, welche im Folgenden näher erläutert wird.[76]

[75] Vgl. Gläser und Laudel (2012, S.2-15)
[76] Vgl. Lamnek und Krell (2016, S. 15ff)

7.2. Das Expert*inneninterview

In der qualitativen Forschung spielen verbale Äußerungen eine wichtige Rolle. Dafür bietet sich die Durchführung qualitativer Interviews an. Das Interview ist neben der teilnehmenden Beobachtung das am häufigsten eingesetzte Datenerhebungsverfahren der qualitativen Sozialforschung. Es handelt sich allgemein um ein Gespräch, in dem die Rollen meist asymmetrisch verteilt sind, wobei der/die Forschende die Fragen stellt und die an der Untersuchung Teilnehmenden antworten. Das Interview dient insofern der Informationsermittlung. Qualitative Interviews eignen sich vor allem für die Untersuchung bisher wenig erforschter Gebiete, da bei dieser Methode eine ausführliche Auswertung und Nachvollziehbarkeit von Interpretationen, die auf durch Interviews produzierte Texte basieren, gewährleistet werden kann.[77]

Grundsätzlich lassen sich Interviews in unterschiedliche Strukturierungsgrade einteilen: von vollständig strukturiert über halb-strukturiert bis hin zu unstrukturiert. Diese Dimension ist für die Differenzierung zwischen qualitativen und quantitativen Formen der Befragung zentral. Durch den Aspekt der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten ist das strukturierte Interview den quantitativen Erhebungsverfahren zuzuordnen. Ziel des qualitativen Interviews ist es, Wissen, Erfahrungen oder Sichtweisen von Akteur*innen in einem mündlichen Gespräch zu erheben, wobei der Gesprächsverlauf weniger von der interviewenden Person, sondern mehr von dem/der Befragten gesteuert wird. Damit sind tiefere und breitere Einblicke zum Forschungsthema möglich. [78]

Bei einem qualitativen Interview werden von dem/der Interviewten Aspekte der Wirklichkeit nachgebildet. Es geht also nicht um die reine Wiedergabe oder Nacherzählung des Gesagten, sondern vielmehr um die aktive Gestaltung von Erfahrungen und Wissen. Demzufolge werden in der qualitativen Forschung vor allem das halbstrukturierte Interview, bei dem Reihenfolge und Formulierung der Fragen flexibel gehandhabt werden, sowie das unstrukturierte (offene) Interview, bei dem lediglich Themenkomplexe vorgegeben sind, eingesetzt.[79] Der Ansatz des qualitativen Interviews zeichnet sich insofern durch wesentlich größere Offenheit und Flexibilität in der Durchführung aus. [80]

---

[77] Vgl. Bogner (2014, S. 17 - 25)
[78] Vgl. Kruse (2015, S. 147 - 166)
[79] Vgl. Gläser und Laudel (2012, S. 99)
[80] Vgl. Misoch (2019, S. 120ff)

Das bedeutet, die möglichen Ausführungen der Befragten sind nicht an konkrete Antwortkategorien gebunden. Entscheidend ist, dass das Gegenüber immer frei auf eine gestellte Frage antworten und alle Gedanken zum Thema zum Ausdruck bringen kann. Während andere Formen qualitativer Interviews über die Methode – speziell über die Art und Weise der Durchführung – definiert sind, werden Expert*inneninterviews über die konkrete Zielgruppe der Befragten, den Expert*innen, bestimmt. Diese stehen nicht als Gesamtperson mit ihren Orientierungen und Werten im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Vielmehr gelten sie als Repräsentant*innen für die Handlungs- und Sichtweisen einer bestimmten Expert*innengruppe.[81]

In der Regel werden Expert*inneninterviews als sogenannte Leitfadeninterviews konzipiert. Dabei handelt es sich um ein Gespräch, das sich an einem zuvor erarbeiteten Leitfaden orientiert, der alle zu besprechenden Themen, Fragestellungen sowie wichtigen Verfahrensschritte beinhaltet. Dadurch ist zum einen sichergestellt, dass alle relevanten Aspekte im Verlauf des Interviews auch tatsächlich angesprochen werden. Zum anderen ist durch den Leitfaden eine Vergleichbarkeit der Interviews gegeben. Die Anwendung des Leitfadens erfolgt in der Regel flexibel und wird nicht im Sinne eines standardisierten Ablaufschemas gehandhabt.[82] Insofern sind weder die Formulierung der Fragen, ihre Reihenfolge noch die Abfolge einzelner Themen verbindlich. Um das Interview so weit wie möglich einer natürlichen Gesprächssituation anzupassen, können Fragen aus dem Leitfaden auch außer der Reihe gestellt werden. Damit soll die Möglichkeit einer unerwarteten Themendimensionierung durch den/die Befragte/n offenbleiben. Zudem lassen sich neu gewonnene Informationen noch während des Gesprächs durch gezielte Nachfragen verfolgen und gegebenenfalls vertiefen.[83]

[81] Vgl. Misoch (2019, S. 120ff)
[82] Vgl. Kruse (2015, S. 166 - 185)
[83] Vgl. Misoch (2019, S. 120ff)

7.3. Vorbereitung der Erhebung

Zur Durchführung von Expert*innengesprächen bedarf es einer ausführlichen Vorbereitung. Hierzu gehören die gründliche Entwicklung eines Interviewleitfadens, die nachvollziehbare Auswahl der zu befragenden Expert*innen sowie die Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung für die Interviews. Der Fragenkatalog für den Leitfaden wurde im Vorhinein aus den theoretischen Grundlagen der Thematik heraus erstellt und wurde für die Interviews 1-6 verwendet. Ein zweiter Leitfaden wurde aus dem Leitfaden abgeleitet und abgeändert, sodass dieser auf das Interview 7 angepasst werden konnte.[84]

Die Interviews wurden über die Plattform des deutschen Forschungsnetzwerk datenschutzkonform durchgeführt und auditiv aufgezeichnet. Diese Audio-Aufnahmen wurden nach den Interviews transkribiert. Die Transkription wurde an die Regeln für die computergestützte Auswertung von Kuckartz angelehnt, da diese für die zu bearbeitende Thematik am sinnvollsten erschien. Es wurde auf eine lautsprachliche Transkription verzichtet und eine wörtliche Transkription angewandt. Außerdem wurden leichte sprachliche Glättungen vollzogen und einige Stellen dem Schriftdeutsch angenähert. Nachdem die Interviews transkribiert wurden, wurden die Audiodateien unwiderruflich gelöscht. Die Transkriptionen der Interviews sowie die Interviewleitfäden sind im Anhang der Arbeit zu finden. In den Transkriptionen wird die interviewende Person mit ‚Person 1' gekennzeichnet, die interviewten Personen werden ‚Person 2' genannt. [85]

7.4. Auswahl der Interviewpartner

Im Folgenden soll die Auswahlstrategie der qualitativen Forschung der vorliegenden Arbeit erläutert werden. Es wurde sich für eine bewusste Fallauswahl entschieden, da so der größte Informationsgehalt in Bezug auf die Forschungsfrage aus den leifadengestützten Expert*innen-Interviews geschöpft werden konnte. Es erfolgte eine ausführliche Internetrecherche von Kinder- und Jugendpsychiatrien, welche StäB in ihrem Behandlungsangebot anbieten. Hierbei wurden neun Kliniken gefunden und per Mail mit der Interviewanfrage kontaktiert. Von diesen neun Kliniken erklärten sich sechs dazu bereit, ein Interview zu führen. Drei Klinken meldeten sich nicht auf die Anfrage bzw. lehnten ein Interview ab. Die hohe Beteiligung der Interviews war zu Beginn nicht absehbar und um ein größeres Abbild der StäB-Erfahrenen abzubilden, wurde keine

[84] Vgl. Gläser und Laudel (2012, S. 133)
[85] Vgl. Kuckartz (2016, S. 44)

weitere Reduktion der Interviewpartner*innen vorgenommen, um die Interviews gehaltvoll ausgewertet zu können. Zudem konnte ein/e Interviewpartner*in auf politischer Ebene akquiriert werden, der/die allerdings StäB in der KJP nicht konkret umsetzt. Aufgrund dessen wurde der Interviewleitfaden leicht modifiziert. Die grundsätzliche Ausrichtung des Leitfadens auf die Forschungsfrage wurde hierbei allerdings nicht maßgeblich verändert, somit können beide als gleichgesetzt und dem Forschungszweck dienlich angesehen werden.[86]

7.5. Datenauswertung und Kategorienbildung

Die Auswertung der Interviews erfolgte mit Hilfe der inhaltlich strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse angelehnt an Kuckartz und dessen Ablaufschema dazu.[87] Zunächst wurden erste Hauptkategorien deduktiv aus der Theorie abgeleitet, welche auch als Grundlage für die Erarbeitung der Interviewleitfäden verwendet wurden. Die ersten Hauptkategorien wurden also unabhängig der empirischen Daten entwickelt, wofür Kuckartz den Begriff A-priori-Kategorienbildung verwendet. Die Kategorien sollen dabei möglichst erschöpfend sein, sodass kein relevanter Bereich übersehen wird.[88]

Aus der deduktiven „A-priori"-Kategorienbildung entstanden folgende Kategorien: „K1 Umsetzung", „K2 Durchführung", „K3 StäB Teams", „K4 Erfolge", „K5 Schwachstellen StäB", „K6 Herausforderungen bzgl. der Finanzierungssituation", „K7 Hürden StäB Ausbau", „K8 Zukunftsvorstellungen" sowie „K9 Sonstiges". Dieses erste Kategoriensystem lässt sich in Anhang 1 finden. In einem nächsten Schritt erfolgte die induktive Kategorienbildung am Datenmaterial aus den Interviews. Hierbei wurden die deduktiv gebildeten Hauptkategorien verwendet, anhand derer das gesamte Datenmaterial codiert wurde. Hierbei wurde so vorgegangen, dass das Datenmaterial Satz für Satz beziehungsweise nach Sinneinheiten analysiert wurde und jeweils den Hauptkategorien zugeordnet wurden. Innerhalb einer Texteinheit ist es möglich, dass mehrere Haupt- oder Subkategorien thematisch vorkommen, sodass eine einzelne Texteinheit mehr als einer Kategorie zugeordnet werden kann.[89]

---

[86] Vgl. Misoch (2019, S. 208ff)
[87] Vgl. Kuckartz (2016, S. 100)
[88] Vgl. Kuckartz (2016, S. 64f)
[89] Vgl. Kuckartz (2016, S. 100f)

Diese Zuordnungstabelle findet sich in Anhang sechs. Nach Beendigung dieses Schrittes wurden die Hauptkategorien sowie die zugeordneten Textpassagen dahingehend überprüft, ob weitere Ausdifferenzierungen oder anderweitige Modifikationen des Systems in Form von Subkategorien notwendig sind. Entsprechend wurde das erste Kategoriensystem erweitert und finalisiert, siehe Anhang 4.
Ebenfalls bestand für die Finalisierung der Fall, dass Hauptkategorien aus der deduktiven Kategorienbildung im Zuge der Sichtung und Codierung des Materials zu groß gefasst wurden und Subkategorien zur besseren Verständlichkeit hinzugefügt werden mussten. [90]
Die finalen Kategorien lauten entsprechend:
„K1 Umsetzung“ mit fünf Subkategorien: „Besonderheiten Behandlung“, „StäB zeitliche Einordung“, „Zeitlicher Prozess“, „Implementierung“ sowie „Hürden Implementierung“.
„K2 Durchführung erhielt zwei Subkategorien: „Seit wann StäB Durchführung“ und „Behandlungsdauer“.
„K3 Personelle Ausstattung“ mit ebenfalls zwei Unterteilungen in „Berufsgruppen“ sowie „Fallverantwortung“.
„K4 Erfolge“ benötigte vier Unterkategorien: „Anpassung der Behandlungsmöglichkeiten“, „Motivation für Veränderung“, „Familiäre Rahmenbedingungen“, „Verständnis von Erfolg“.
„K5 Finanzierungssituation“ wurde um vier Subkategorien ergänzt: „Wünsche“, „PIA“, „Adäquates Finanzierungssystem“, und „Spezielle Vereinbarungen“.
„K6 Schwachstellen StäB“ mit fünf Subkategorien: „Rahmenbedingungen“, „Organisatorischer Aufwand“, „Behandlungsintensität“, „Verfügbarkeit“ und „Personelle Ressourcen“.
„K7 Hürden StäB Ausbau“
„K8 Entwicklungsvorstellungen“ mit den fünf Unterkategorien „gesellschaftliches Bewusstsein“, „Finanzierung“, „Politik“, „personelle Ausstattung sowie „Behandlung“.
„K9 Sonstiges“

[90] Vgl. Kuckartz (2016, S. 106 - 110)

8. Auswertung der Interviews

Zur leichteren Lesbarkeit werden die Interviewnachweise in der Fußnote dargestellt. Hierbei wird das Interview mit „I“ und entsprechender Nummerierung für die jeweiligen Interviews abgekürzt, sowie mit dem Nachweis durch die Zeilennummerierung versehen.

8.1. Kategorie 1: Umsetzung

In dieser Kategorie sollen alle Aussagen bezüglich der Umsetzung von StäB in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammengetragen werden.
Gegenüber stationären Behandlungsformen bietet die Umsetzung der StäB eine Reihe von Vorteilen. Zum einen ermöglicht sie eine intensivere Arbeit im direkten Lebensraum der Patientinnen und Patienten, was zu deutlich günstigeren Behandlungsverläufen führt als in anderen Settings wie zum Beispiel der vollstationären Behandlung als auch der tagesklinischen Behandlung.[91] Zudem können die Kinder und Jugendlichen ihren Alltag weitgehend beibehalten und benötigen keine stationäre Behandlung. Dies trägt zur Genesung und zur Integration bei. Ein Interviewpartner äußert klar, dass die StäB mit Ausnahme von Suchterkrankungen und Essstörungen, bei denen ein restriktiveres Setting erforderlich sein kann, für ein breites Spektrum von Störungsbildern geeignet sei[92], wohingegen andere sich klar gegen eine Einschränkung der Störungsbilder aussprechen.[93] Besonders wertvoll ist die Möglichkeit der Behandlung sehr junger Kinder ab 3,5 Jahren und Jugendlicher bis 24 Jahre, für die sonst kaum adäquate Angebote vorhanden sind[94]. Herausforderungen ergeben sich vor allem in Flächenländern wie z. B. Baden-Württemberg, in denen aufgrund der großen Versorgungsgebiete der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Implementierung von StäB erschwert sein kann.[95] Gleichwohl überwiegen die Vorteile dieser innovativen Behandlungsform, die von den Familien sehr gut angenommen werden und einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung leistet.

8.1.1. Zeitliche Einordung im Behandlungsprozess

Die Frage der zeitlichen Einordung im umfassenden Behandlungsprozess wird genauer betrachtet, um den bestmöglichen Zeitpunkt für eine StäB adäquat einordnen zu können.

---

[91] Vgl. I6 Z. 120-124, I6 Z. 302-318
[92] Vgl. I6 Z. 302 – 318
[93] Vgl. I4 Z. 357 - 394
[94] Vgl. I4 Z. 357 -394, I5 Z.125 - 132
[95] Vgl. I7 Z. 32-45

Grundsätzlich hat die Durchführung der StäB zum Ziel, den Patienten oder die Patientin auf seinem oder ihrem Weg zur Genesung zu unterstützen. Dies gilt auch dann, wenn Veränderungen nicht sofort sichtbar sind.[96] Bei der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie handelt es sich um einen mehrstufigen Prozess, der eine enge Verzahnung der verschiedenen Versorgungsangebote erforderlich macht. Die Einbindung der StäB in den zeitlichen Behandlungsprozess ist vielfältig.[97] Die StäB kann sowohl im Anschluss an eine stationäre Behandlung als auch unabhängig von einer stationären Behandlung eingesetzt werden. Zur Erleichterung des Übergangs in den Alltag kann die stationäre Behandlung durch eine Stabilisierungs- und Übergangsbehandlung im Rahmen der StäB ergänzt werden. [98]

Die Intention hier ist eine intensivere temporäre Betreuung der Patient*innen und eine schrittweise Wiedereingliederung in das gewohntes Lebensumfeld. Zudem ist StäB nicht nur Stabilisierung, sondern auch der Abbau von Schwellenängsten und die Vermittlung in eine geeignete weiterführende Behandlung – sei es ambulant, tagesklinisch oder stationär.[99] In vielen Fällen ist diese Form der Behandlung für die Aufnahme der Patientinnen und Patienten in ein System der Regelversorgung überhaupt erst erforderlich.[100] Gleichzeitig kann sie auch dazu dienen, Patient*innen, die zuvor eine StäB erhalten haben, wieder in den Alltag zu integrieren. Eine enge Verzahnung der verschiedenen Versorgungsangebote ist in diesem Zusammenhang von entscheidender Bedeutung. Wichtig ist die Einbindung in eine Vor- und Nachbehandlung. Das Behandlungsteam sollte möglichst kontinuierlich einbezogen werden, um den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu erleichtern. Auch andere Hilfsangebote wie z.B. Betreutes Wohnen müssen in den Behandlungsprozess einbezogen werden, um eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten. Die übergeordnete Funktion ist letztlich die bestmögliche Vorbereitung des Patient*innen auf ein selbstbestimmtes Leben außerhalb der Klinik.[101]
Auch wenn die StäB nicht immer zu einer vollständigen Genesung führen kann, so ist der Fokus doch die Stabilisierung des Patient*innen bis zu dem Punkt, an dem eine weniger

[96] Vgl. I1 Z- 82 – 86, I5 Z. 151-164
[97] Vgl. I3 Z. 254 – 277, I6 Z. 130 - 140
[98] Vgl. I3 Z. 183 – 198, I1 Z. 96 - 109
[99] Vgl. I5 Z. 151 – 164
[100] Vgl. I5. Z. 138 – 145
[101] Vgl. I4 Z. 186 – 213, I7 Z. 159 - 206

intensive Weiterbehandlung ausreichend ist. [102] StäB kann somit auch als Zwischenschritt auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden Versorgung dienen. Insgesamt soll der Einsatz von StäB flexibel und bedarfsorientiert sein, um den individuellen Bedürfnissen der Patient*innen bestmöglich gerecht zu werden.[103]

8.1.2. Implementierung

Die Umsetzung und Implementierung von StäB erwies sich laut den Interviewpartner*innen als ein komplexer und herausfordernder Prozess. Der erste Schritt war die Erprobung des Angebots im Rahmen eines Pilotprojekts zur Verbesserung der ambulanten Versorgung im Rahmen des Modellprojektes von vereinzelten Kliniken.[104] In diesem Zusammenhang war die Entwicklung eines umfassenden Konzepts und die Schaffung der notwendigen Infrastruktur wie Personal, Räumlichkeiten und Fahrzeuge erforderlich. Die Umsetzung erwies sich als sehr aufwendig, da es noch nicht viele Erfahrungen in diesem Bereich gab und Pionierarbeit geleistet werden musste. Auch die Personalknappheit erschwerte den Start, da zunächst nur Teilzeitarbeitsplätze angeboten werden konnten. Viele Mitarbeiter*innen hatten Vorbehalte gegen einen Wechsel in das neue, unsichere Angebot.[105] Dennoch konnte das StäB-Programm in einigen Klinik etabliert werden. Wichtig dafür waren engagierte Initiator*innen, die hinter der Idee der aufsuchenden Behandlung standen und bereit waren, zunächst auch Vorleistungen zu erbringen.[106] Die Integration der aufsuchenden Akutbehandlung in die starren Strukturen des deutschen Gesundheitssystems wird als eine Herausforderung beschrieben.[107] Hinderlich wird die Umsetzung durch die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung beschrieben. So ist z.B. der tägliche Kontakt mit den Patientinnen und Patienten eine gesetzliche Vorgabe, die nicht immer therapeutisch sinnvoll oder von den Patientinnen und Patienten erwünscht ist. Flexible Konzepte wie in anderen Ländern sind in Deutschland bislang nicht realisierbar. [108] Dennoch gelingt es, auch wenn einige Regelungen und Formalitäten optimierungsbedürftig erscheinen, das Angebot der StäB in die Praxis umzusetzen.

---

[102] Vgl. I5 Z. 151 – 164. I4 Z. 186 - 213
[103] Vgl. I3 Z. 247 – 252, I6 Z. 130 – 140, I7 Z. 159 - 206
[104] Vgl. I1 Z. 6 – 10, I1 Z. 12 – 15
[105] Vgl. I2 Z. 12 – 31
[106] Vgl. I4 Z. 26 – 39, I5 Z. 243 – 245
[107] Vgl. I7 Z. 50 – 83
[108] Vgl. I7 Z. 50 – 83

8.1.3. Hürden Implementierung

Die Verwirklichung und Integration von StäB in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, bringen einige Herausforderungen und Hürden mit sich. Zunächst wurde von den Krankenkassen gefordert, stationäre Betten abzugeben, um StäB-Plätze zu schaffen, was sich für die Kliniken als problematisch erwies. Erst nachdem verhandelt wurde, konnte eine Lösung gefunden werden, die vorsieht, eine Grundausstattung an StäB-Plätzen im Bettenplan zu schaffen.[109] Ein weiteres Thema ist die Kommunikation und der Informationsfluss im Team, da die Mitarbeiter*innen keine, wie in der stationären Versorgung üblich, regelmäßigen Übergaben haben. Hier mussten neue Wege gefunden werden, um den Überblick zu behalten und den roten Faden in der Behandlung nicht zu verlieren. [110]. Zudem erfordert die Umsetzung von StäB eine Veränderung der Arbeitsweise, die nicht alle Mitarbeiter*innen gleichermaßen motiviert mittragen.[111] Insbesondere für das Pflegepersonal bedeutet die Umstellung auf die aufsuchende Arbeit den Verlust von Schichtzulagen. Hier war die Schaffung eines finanziellen Ausgleichs ein Erfordernis.[112] Weitere Hürden ergeben sich aus starren Konzeptvorgaben wie Anzahl und Art der Termine pro Woche. Dies kann für Familien eine Belastung darstellen.[113] Als Herausforderung wird auch die intensive Prüfung durch den Medizinischen Dienst empfunden, der sich häufig auf formale statt auf inhaltliche Kriterien konzentriert.[114] Insgesamt wird deutlich, dass die Implementierung von StäB in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein komplexer Prozess ist, bei dem eine Vielzahl von Aspekten Berücksichtigung finden muss.[115] Neben fachlichen Überlegungen spielen organisatorische, personelle und finanzielle Faktoren eine wichtige Rolle, die es zu bewältigen gilt.

8.2. Kategorie 2: Durchführung

Die Umsetzung der StäB hat in den verschiedenen Einrichtungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten begonnen. Einige Kliniken haben bereits im Jahr 2007 sowie 2013 mit Pilotprojekten begonnen[116], bevor die StäB im Jahr 2018 offiziell eingeführt wurde.

---

[109] Vgl. I3 Z. 20 – 58, I6 Z. 21 - 31
[110] Vgl. I1 Z. 19 – 38
[111] Vgl. I5 Z. 21 – 31
[112] Vgl. I3 Z. 80 – 99
[113] Vgl. I1 Z. 19 – 38
[114] Vgl. I6 Z. 28 – 55
[115] Vgl. I4 Z. 47 – 62, I6 Z. 14 - 24
[116] Vgl. I1 Z. 6, I4 Z. 14 - 22

Andere Kliniken haben zwischen 2019 und 2021 mit der Umsetzung begonnen.[117] Auch die Anzahl der Behandlungsplätze variiert – einige Kliniken bieten vier Plätze[118] an, andere fünf[119]. Insgesamt zeigt sich, dass die Einführung und Etablierung der StäB ein schrittweiser Prozess ist, der sich über mehrere Jahre erstreckt und von Klinik zu Klinik unterschiedlich verläuft. Einige Einrichtungen streben eine Ausweitung der Kapazitäten an, sehen sich dabei aber auch mit administrativen und infrastrukturellen Herausforderungen konfrontiert.[120]

Die durchschnittliche Behandlungsdauer in der StäB liegt zwischen 6 und 12 Wochen, kann aber stark variieren.[121] Es gibt Behandlungen, die deutlich kürzer dauern, aber auch solche, die sich über 40 Wochen und länger erstrecken können.[122] Interviewpartner*in 4 spricht von Vorgaben des Medizinischen Dienstes, die eine maximale Behandlungsdauer von 12 Wochen vorsehen und Kliniken die sich in diesem Rahmen bewegen.[123] Dies hängt von verschiedenen Faktoren ab: Einerseits können Patient*innen die Behandlung vorzeitig abbrechen, andererseits kann das therapeutische Team die Behandlung abbrechen, wenn die Mitarbeit der Patient*innen nicht mehr gewährleistet ist. Auch bestimmte Regeln und Zugangsvoraussetzungen können zu einem Abbruch der Behandlung führen. [124] Dahingegen kann eine Behandlung auch deutlich länger dauern. Dies ist dann der Fall, wenn der Behandlungsbedarf sehr umfangreich ist und neben der Symptombehandlung auch Veränderungen im Umfeld und in der Alltagsstruktur der Patient*innen initiiert werden müssen. Dabei legen die Behandelnden großen Wert darauf, den individuellen Bedürfnissen der Patient*innen gerecht zu werden und ihnen Perspektiven für den weiteren Lebensweg zu eröffnen.[125] In der Praxis werden indikationsgerecht und einzelfallbezogen auch kürzere oder längere Behandlungszeiten realisiert. Interviewpartner*in 7 plädiert für keine starre einheitliche Eingrenzung der Behandlungszeiträume, um den individuellen Bedarfen gerecht zu werden.[126]

---

[117] Vgl. I2 Z. 8 – 9, I3 Z. 108 – 110, I5 Z. 7 – 9, I6 Z. 8 – 10
[118] Vgl. I4 Z. 14 – 22
[119] Vgl. I5 Z. 12 – 18
[120] Vgl. I4 Z. 14 – 22, I5 Z- 12 – 18
[121] Vgl. I1 Z. 61 – 63, I3 Z. Z. 107 – 108, I5 Z. 91 – 94, I6 Z. 95 - 98
[122] Vgl. I2 Z. 60 – 71, I4 Z. 115 – 126
[123] Vgl. I4 Z. 114 – 126, I5 Z. 91 – 94
[124] Vgl. I2 Z. 60 – 71, I6 Z. 101 - 107
[125] Vgl. I2 Z. 73 – 87, I4 Z. 115 – 126
[126] Vgl. I7 Z. 212 – 231

8.3. Kategorie 3: Personelle Ausstattung und Fallverantwortung

Die personellen Ressourcen scheint ein wichtiger Aspekt für den Erfolg des Angebots zu sein. Wichtig sei, dass die Mitarbeiter*innen ein hohes Maß an Motivation und Eignung für die Arbeit mitbringen.[127] Alle Interviewten äußerten, dass es zielführend ist, ein Kernteam zu haben, welches sich umfänglich auf die Arbeit und eine positive Beziehungsgestaltung konzentrieren könne. Zusätzlich können Mitarbeiter*innen aus anderen Bereichen wie dem Sozialdienst oder der Fachtherapie mit eingebunden werden, allerdings in einem geringeren Stundenumfang. Wichtig scheint eine klare Abgrenzung der Arbeitsaufträge zur Vermeidung von Überlastung der Mitarbeiter*innen.[128] Insgesamt zeigt sich, dass die personelle Ausstattung des StäB-Teams vielschichtig und auf eine ganzheitliche Versorgung ausgerichtet ist.

Das multiprofessionelle Team in der Kinder- und Jugendpsychiatrie setzt sich aus verschiedenen Berufsgruppen zusammen, die jeweils spezifische Kompetenzen einbringen. Dazu gehören Ärzt*innen, auch Fachärzt*innen sowie Assistenzärzt*innen in Weiterbildung, Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen. Sowie Krankenschwestern und Krankenpfleger, Erzieher*innen aus dem Pflege- und Erziehungsdienst und spezialisierte Therapeut*innen wie Kunsttherapeut*innen, Musiktherapeut*innen sowie Bewegungstherapeut*innen. Darüber hinaus können auch Ergotherapeut*innen und Physiotherapeut*innen einbezogen werden.[129] Die Zusammensetzung des Teams ist eine gesetzliche Vorgabe und hat zum Ziel, dass eine umfassende, ganzheitliche Behandlung der Patientinnen und Patienten möglich ist. Neben den klassischen Berufsgruppen werden zunehmend auch Genesungsbegleiter*innen in die Behandlung mit einbezogen. Um die Perspektive von Menschen mit eigener Krankheitserfahrung, sprich durch ihrer eigenen psychiatrischen Erkrankung, einzubringen.[130] Die Kooperation mit der Klinikschule, die außerhalb der Einflussmöglichkeiten der PPP-RL liegt, ermöglicht zudem eine schulische Betreuung der Patient*innen während des stationären Aufenthaltes.[131]

---

[127] Vgl. I3 Z. 459 – 466, I5 Z. 42 – 46
[128] Vgl. I1 Z. 66 – 70, I5 Z. 58 – 69, I6 Z. 73 – 78
[129] Vgl. I1 Z. 41 – 46, I2 Z. 34 – 45, I3 Z. 65 – 69, I4 Z. 66 – 97, I5 Z. 50 – 55, I6 Z. 59 – 69
[130] Vgl. I7 Z. 90 – 110
[131] Vgl. I4 Z. 66 – 97

Die Fallverantwortung in der Klinik liegt primär bei den Ärzt*innen und Therapeut*innen, wird aber im interdisziplinären Team geteilt.[132] Während die Ärzt*innen und Psycholog*innen die Aufnahmeuntersuchung, das Entlassungsmanagement und den Arztbericht übernehmen, sind die Pflegekräfte und Erzieher*innen in die Bezugspflege sowie die Fallführung eingebunden.[133] Dieses multiprofessionelle Modell hat sich in der Klinik bewährt, da es eine ganzheitliche Betreuung der Patient*innen ermöglicht. Obwohl die formale Letztverantwortung bei den Ärzt*innen liegt, arbeiten die Teammitglieder eng zusammen, so dass die Patient*innen die Fallführung nicht direkt wahrnehmen.[134] Für die Zukunft wäre es denkbar, dass auch das Pflegepersonal mit einer therapeutischen Ausbildung die Fallverantwortung übernehmen könnte.[135] Insgesamt zeigt sich, dass die Klinik ein flexibles Modell der Fallverantwortung entwickelt hat, dass sich an den Bedürfnissen der Patient*innen orientiert.

8.4. Kategorie 4: Erfolg

8.4.1. Verständnis von Erfolg

Der Behandlungserfolg bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen hängt von multiplen Faktoren ab. Zum einen ist die Erfahrung des Behandlungsteams von Bedeutung, da diese im Laufe der Jahre erworben wurde und an neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitergegeben wird, wird explizit von einem Interviewpartner aufgeführt.[136] Zum anderen ist es entscheidend, dass die Behandlungsziele realistisch sind. Sie müssen in einem überschaubaren Zeitrahmen erreichbar sein, dies spiegelt sich in verschiedenen Interviews wieder.[137] In vielen Fällen ist es schwierig, den Erfolg einer Therapie festzustellen und festzulegen. Er ist abhängig von den individuellen Zielsetzungen und den Mitteln und Wegen, mit denen diese Ziele erreicht werden können. Manchmal ist es schon ein großer Erfolg, wenn ein Kind, das vorher völlig schulverweigernd war, zumindest für einzelne Tage wieder am Unterricht teilnimmt, auch wenn es noch nicht den vollen Stundenumfang erreicht.[138]

---

[132] Vgl. I2 Z. 51 – 57
[133] Vgl. I1 Z. 49 – 58, I3 Z. 72 – 80, I4 Z. 101 – 112, I5 Z. 73 – 88
[134] Vgl. I5 Z. 73 – 88, I7 Z. 116 – 124
[135] Vgl. I6 Z. 83 – 92
[136] Vgl. I4 Z. 129 – 137)
[137] Vgl. I4 Z. 156 – 160, I6 Z. 114 – 116
[138] Vgl. I1 Z. 86 – 92

Entscheidend ist das Verstehen der zugrunde liegenden Störungen und deren gezielte Behandlung, um dann Schritt für Schritt die Symptome wie z.B. die Schulverweigerung abzubauen. Um dies zu erreichen, ist eine enge Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team wichtig, um die Ziele der Behandlung wöchentlich neu abzustimmen und zu überprüfen, wo Anpassungen notwendig sind. [139] Manchmal muss auch behandlungsbegleitend diagnostiziert werden, um das genaue Störungsbild abzuklären. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der individuelle Fortschritt jedes*r Patient*in als Erfolg gewertet werden muss, auch wenn er nicht immer dem idealen Ziel entspricht.[140]

8.4.2. Erfolgsfaktoren

Ein zentraler Erfolgsfaktor sei die Flexibilität des Behandlungsangebots. So könne zeitnah auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingegangen werden. Dies bedeute, dass je nach Situation schnell auf Krisen reagiert werden könne, eine Erhöhung der Kontakte oder der kurzfristige Einsatz spezieller Behandlungsformen wie z.B. Ergotherapie möglich sei.[141] Dabei stelle es eine große Herausforderung dar, die Organisation im Team mit der hohen Individualität der Behandlung in Einklang zu bringen.[142] Darüber hinaus ist die Compliance und Kooperation der Patient*innen und ihrer Angehörigen von entscheidender Bedeutung.[143] Insbesondere bei jüngeren Kindern ist die Bereitschaft der Eltern zur aktiven Mitarbeit an der Behandlung und zur Reduktion von Belastungsfaktoren im familiären Umfeld erforderlich. Bei Adoleszenten liegt der Schwerpunkt eher auf der Motivation der Patient*innen selbst. [144]
Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Zielformulierung und regelmäßige Überprüfung der Therapieziele im multiprofessionellen Team. Erreichte Ziele werden durch neue ersetzt, und Nichterreichungsgründe analysiert, um die Behandlung entsprechend anzupassen.[145]

Insgesamt zeigt sich, dass Erfolg in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vielschichtig ist und neben Symptomreduktion auch Verbesserung der Alltagsfunktionalität, Ressourcenstärkung und Einbeziehung des sozialen Umfeldes umfasst.[146] Entscheidend

---

[139] Vgl. I2 Z. 144 – 156
[140] Vgl. I4 Z. 167 – 181, I5 Z. 169 - 183
[141] Vgl. I7 Z. 128 – 153
[142] Vgl. I7 Z. 128 – 153
[143] Vgl. I2 Z. 100 – 103
[144] Vgl. I1 Z. 70 – 76, I2 Z. 100 – 103, I3 Z. 168 – 180, I4 Z. 146 – 156, I5 106 – 123, I6 Z. 110 – 114
[145] Vgl. I3 Z. 113 – 141
[146] Vgl. I2 Z. 126 – 140

sind dabei die Anpassung des Behandlungsangebots an die individuellen Bedürfnisse sowie die aktive Mitwirkung aller an der Behandlung beteiligten Personen.[147]

8.4.3. Motivation und Umwelt

Das familiäre Umfeld spielt eine entscheidende Rolle, ob eine stationäre Behandlung von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen gelingt oder nicht. Ein wichtiger Faktor ist die Bereitschaft und Motivation der Eltern, sich aktiv in den Behandlungsprozess einzubringen und an der Verbesserung von Belastungsfaktoren im familiären Umfeld mitzuwirken.[148] Wenn Eltern diese Haltung nicht zeigen und die Verantwortung für die Behandlung vollständig an die Klinik abgeben, ist der Behandlungserfolg gefährdet. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass der Behandlungsplan gemeinsam mit den Betroffenen erarbeitet und abgestimmt wird, um ein gutes Commitment zu schaffen.[149] Regelmäßige Zielbesprechungen helfen, den Behandlungsverlauf zu steuern und Fortschritte zu erzielen.[150] Gerade bei jüngeren Kindern ist die Einbeziehung der Eltern von entscheidender Bedeutung, da die StäB nur einen kleinen Teil der Zeit des gesamten Tages in Anspruch nimmt und die Eltern zur Reduktion störungsaufrechterhaltender Faktoren im Familienalltag und zur Entwicklung eines besseren Verständnisses für die Erkrankung ihres Kindes befähigt werden müssen. Bei Jugendlichen ist die Bereitschaft und Motivation der Patient*in selbst von größerer Bedeutung als die Einbeziehung der Eltern.[151]

8.5. Kategorie 5: Finanzierungssituation

Die Finanzierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist komplex und herausfordernd, wobei die Finanzierungsstruktur in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich ist und die Tagsätze zwischen 250 und 330 Euro liegen.[152] Viele Kliniken sind gezwungen, mit den Krankenkassen einzeln zu verhandeln, was zu einer ungleichen Ausgangslage führt. Die Krankenkassen zögern oft, eine adäquate Finanzierung zu finden, weil sie zu hohe Kosten befürchten.[153] Viele Kliniken haben hierfür kein festes Budget verhandelt, sondern erhalten eine nachträgliche Leistungsvergütung. Für kleine Kliniken ist es oft

---

[147] Vgl. I2 Z. 126 – 140
[148] Vgl. I 2 Z. 103 – 116
[149] Vgl. I3 Z. 168 – 180, I4 Z. 146 – 156, I5 Z. 106 – 123
[150] Vgl. I6 Z. 114 – 116, I2 Z. 144 – 156, I3 Z. 147 – 168
[151] Vgl. I5 Z. 106 – 123
[152] Vgl. I3 Z. 314 – 333
[153] Vgl. I5 Z. 206 – 217. I6 Z. 237 – 243

schwierig, spezielle Psychiatriekonzepte wie StäB adäquat mit den Krankenkassen auszuhandeln.[154] Hier wäre es hilfreich, wenn es ein bundesweit einheitliches Entgeltsystem gäbe.[155] Insgesamt ist für die Etablierung innovativer Versorgungsformen mehr Risikobereitschaft und Durchsetzungsvermögen der Kliniken erforderlich.[156]

8.5.1. PIA

Die Finanzierungssituation der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) hat sich, laut zwei Interviewpartner*innen, in Baden-Württemberg verbessert. Erhielten die PIAs bisher eine Pauschale pro Quartal, ist nun auch die Abrechnung einzelner Termine inklusive Fahrtzeit möglich, was bisher nur in Bayern der Fall war. Diese Möglichkeit ist nun auch in Baden-Württemberg verhandelt worden. Das bedeutet eine Verbesserung der ambulanten Versorgung wie aus den Aussagen deutlich hervorgeht.[157] Hinzu kommt, dass wohl auch diese Einzelabrechnung von Politiker*innen wie Karl Lauterbach befürwortet wird.[158] Langfristig ist davon auszugehen, dass dies auch in der StäB eingeführt wird. Die PIA-Pauschale könnte dann attraktiver werden. Insgesamt wird die PIA durch die neue Finanzierung in die Lage versetzt, Krisen im ambulanten Setting besser aufzufangen und die Behandlung flexibler zu gestalten, bevor eine stationäre Behandlung notwendig wird.[159] Auch wenn sich die Umsetzung im Einzelfall als schwierig erweisen kann, so handelt es sich doch um einen wichtigen Schritt, um die Qualität der Versorgung zu verbessern und den Bedürfnissen der Patient*innen besser gerecht zu werden. Hierin sind sich gerade die Interviewpartner aus Baden-Württemberg einig.[160]

8.5.2. Adäquates Finanzierungssystem

In der Diskussion sind verschiedene Modelle der Finanzierung, die sich in ihrer Struktur und Umsetzung unterscheiden. Ein Modell ist die Pauschalfinanzierung, bei der jede Klinik abhängig von der Anzahl der Patient*innen ein festes Budget zur Verfügung gestellt bekommt. Dies würde zwar die Planung und Abrechnung erleichtern, aber es wäre nicht klar, welche Kosten genau in den Haushalt aufgenommen werden müssten.[161] Ein anderes

---

[154] Vgl. I5 Z. 249 – 258, I3 Z. 314 – 333, I7 Z. 263 – 278
[155] Vgl. I2 Z. 257 – 264, I3 Z. 359 – 375, I4 Z. 239 – 251, I5 Z. 224 – 234
[156] Vgl. I7 Z. 278 – 295
[157] Vgl. I1 Z. 111 – 118, I3 Z. 375 – 388
[158] Vgl. I3 Z. 375 – 388
[159] Vgl. I7 Z. 368 – 394
[160] Vgl. I1 Z. 118 – 118, I3 Z. 375 – 388, I7 Z. 368 – 394, I5 Z. 276 – 287
[161] Vgl. I2 Z. 257 – 264, I7 Z. 303 – 322, I5 Z. 224 – 234

Modell wäre die Einzelleistungsvergütung, bei der jede erbrachte Leistung separat vergütet wird. Dies bietet mehr Transparenz, ist aber mit einem wesentlich höheren Dokumentationsaufwand verbunden.[162] Einige Einrichtungen praktizieren derzeit eine Mischform aus Pauschal- und Einzelleistungsvergütung, die als sinnvoll erachtet wird, da sie Planungssicherheit bietet und ermöglicht, bedarfsgerecht zu finanzieren.[163] Diskutiert wird auch die Einführung eines Regionalbudgets, bei dem die Versorgung einer Region pauschal finanziert wird. Hier sind allerdings noch Fragen zu klären, die sich auf die konkrete Umsetzung beziehen.[164] Generell wird es zur langfristigen Sicherung der Versorgungsqualität als wichtig erachtet, den Finanzierungsrahmen für StäB anzupassen.[165] Dabei sollten auch Kostenunterschiede zwischen Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen berücksichtigt werden. Ein Modell mit einem etwas höheren Tagessatz im Vergleich zur stationären Versorgung und im Vergleich zu den Erwachsenen ist aus Sicht der Befragten angemessen.[166] Insgesamt wird deutlich, dass die Suche nach einem adäquaten Finanzierungssystem für StäB ein komplexer Prozess ist, in dem verschiedene Ansätze in der Erprobung und Weiterentwicklung sind. Ziel ist die Ermöglichung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und wirtschaftlich tragfähigen Versorgung.[167]

8.5.3. Spezielle Vereinbarungen

Zwischen den Bundesländern und den einzelnen Kliniken ist die Finanzierungssituation für die StäB sehr unterschiedlich. In Baden-Württemberg konnte ein Mischsystem aus pauschalierter Finanzierung und leistungsorientierter Vergütung ausgehandelt werden, das Modellcharakter hat.[168] In anderen Bundesländern wird überwiegend über tagesgleiche Pflegesätze finanziert.[169] Als problematisch erweisen sich vor allem die Vergütung für schwer kranke Patient*innen, die im Verlauf der Behandlung auf eine stationäre Aufnahme angewiesen sind, sowie der Wettbewerb zwischen den Kliniken, der zu einer Unterfinanzierung führen kann.[170] Um dies zu vermeiden, haben sich in Baden-Württemberg die Controller*innen mehrerer Kliniken zu einem Netzwerk

---

[162] Vgl. I3 Z. 392 – 397
[163] Vgl. I3 Z. 359 – 375, I7 Z. 303 – 322
[164] Vgl. I3 Z. 392 – 397
[165] Vgl. I6 Z- 198 – 213
[166] Vgl. I4 Z. 239 – 251, I5 Z. 234 – 236, I5 Z. 239 – 241
[167] Vgl. I6 Z. 237 – 243, I5 Z. 206 – 217
[168] Vgl. I1 Z. 147 – 151, I3 Z. 342 – 343, I5 Z. 262 – 267, I7 Z. 278 – 295
[169] Vgl. I6 Z. 229 – 233
[170] Vgl. I4 Z.255 – 272, I7 Z. 278 – 295

zusammengeschlossen und ihre Zahlen öffentlich zugänglich gemacht.[171] Insgesamt zeigt sich, dass eine angemessene Finanzierung der Angebote der StäB eine Herausforderung darstellt, die in den einzelnen Regionen auf sehr unterschiedliche Weise gelöst wird.[172]

8.6. Kategorie 6: Schwachstellen StäB

Die Schwächen der Behandlung lassen sich in verschiedene Kategorien einteilen. Zum einen gibt es Grenzen der Behandlung. Dazu gehört die unzureichende Versorgung von Suchmittelabhängigen oder Suizidgefährdeten, die nicht absprachefähig sind. Zum Schutz der Patient*innen sind diese Einschränkungen jedoch notwendig.[173] Ein weiterer Schwachpunkt kann die nicht immer optimale Umsetzung der individuell erforderlichen Behandlung sein, was auch bei stationären Behandlungen der Fall sein kann.[174] Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass die Krankenhausträger die StäB als Sparmodell missbrauchen, indem sie den Tagessatz durch eine unzureichende Versorgung abdecken, anstatt den tatsächlichen Bedarf der Patient*innen zu berücksichtigen. In ähnlicher Weise kann es auch in stationären Einrichtungen dazu kommen, das Patient*innen in Verwahrung genommen und nicht adäquat behandelt werden.[175] Diese Risiken können aus einer schlechten Behandlungsqualität oder einem Missbrauch des Systems resultieren. Letztlich ist es in jedem Einzelfall von der Angemessenheit des Behandlungskonzepts und der Zusammensetzung des Teams abhängig, ob eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet ist.[176]

8.6.1. Rahmenbedingungen

Elternkontakte können derzeit nur bei vorherigem Kontakt mit dem Kind angerechnet werden. Grundsätzlich bringen Ärzt*innen und Psycholog*innen mehr Geld ein als Spezialtherapeut*innen oder das PED.[177] Die StäB ist auf einen Radius von 20 km um die Klinik beschränkt, so dass Patient*innen außerhalb dieses Radius nicht versorgt werden können.[178] Mit steigender Patientenzahl wird die Koordination der täglichen Kontakte immer aufwendiger. Die Mitarbeiter*innen müssen die Termine an ihre Arbeitszeiten und

[171] Vgl. I5 Z. 249 – 258, I3 Z. 314 – 333
[172] Vgl. I6 Z. 220 – 225, I7 Z. 263 – 278
[173] Vgl. I7 Z. 234 – 257
[174] Vgl. I3 Z. 245 – 359, I7 Z. 297 – 298
[175] Vgl. I3 Z. 345 – 359, I7 Z. 234 – 257
[176] Vgl. I7 Z. 234 – 257
[177] Vgl. I1 Z. 138 – 147
[178] Vgl. I2 Z. 159 – 168

persönlichen Möglichkeiten anpassen, was zu Einschränkungen bei den Terminen, vor allem in den Vormittagsstunden, führt.[179] Peer-Kontakte und der Aufbau sozialer Kompetenzen in Gruppen sind durch die aufsuchende Arbeit im häuslichen Umfeld nur eingeschränkt möglich. Eine wichtige, aber begrenzte Kompensation stellen hier die Gruppenangebote dar. Dies ist besonders für Patient*innen mit sozialen Ängsten ein Nachteil. [180] Es wird ein Bedarf nach mehr Praxisnähe in der Umsetzung und mehr Flexibilität in den Rahmenbedingungen gesehen, um die Behandlung optimal an die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen anpassen zu können. Außerdem wird mehr Vertrauen in die Fachkompetenz der behandelnden Personen gefordert. [181] Der hohe Dokumentations- und Kodieraufwand wird als von vielen Interviewpartner*innen als praxisfremd und wenig sinnvoll wahrgenommen. Zudem sind einige gesetzliche Anforderungen, wie z.B. der Ort der Versorgung, nicht klar definiert und führen zu Verunsicherungen. [182] Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Katalog) ist stark erwachsenenpsychiatrisch ausgerichtet. Die Umsetzung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist mit intensiven Verhandlungen mit den Kostenträgern verbunden, um Besonderheiten wie Elterngespräche oder Gruppenangebote abrechnen zu können.[183] Als problematisch werden zudem der hohe Aufwand bei der Kodierung und die kleinlichen Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen angesehen.[184]

8.6.2. Behandlungsintensität

Die Diskussion zeigt, dass es verschiedene Herausforderungen und Schwachstellen in Bezug auf die Behandlungsintensität im Rahmen der StäB gibt. Zum einen wird deutlich, dass eine zu hohe Behandlungsintensität von 7 Tagen pro Woche für viele Klient*innen und Familien eine große Belastung darstellt.[185] Hier wäre ein flexibleres Modell mit einem An- und Abschwellen der Intensität sinnvoller, um den individuellen Bedürfnissen besser gerecht zu werden.[186] Auf der anderen Seite zeigt sich, dass die starre Vorgabe der Krankenkassen, die StäB entweder in vollem Umfang oder gar nicht bewilligen, problematisch ist.[187] Um den Übergang für die Klient*innen zu erleichtern, wäre es

---

[179] Vgl. I2 Z. 205 – 220, I1 Z. 138 – 147
[180] Vgl. I3 Z. 198 – 246, I3 Z. 198 – 246, I5 Z. 145 – 151, I5 Z. 185 – 197
[181] Vgl. I4 Z. 228 – 236, I6 Z. 243 – 266
[182] Vgl. I3 Z. 198 – 246, I6 Z. 152 – 191, I6 Z. 152 – 191
[183] Vgl. I3 Z. 198 – 246, I3 Z. 473 – 485, I6. 152 – 191, I1 Z. 161 – 162
[184] Vgl. I3 Z. 473 – 485, I6. 152 – 191
[185] Vgl. I4 Z. 219 – 228
[186] Vgl. I1 Z. 120 – 129, I2 Z. 168 – 184, I4 Z. 219 – 228
[187] Vgl. I2 Z. 168 – 184

wünschenswert, die Behandlung gegen Ende langsam ausschleichen zu können.[188] Insgesamt zeigt sich, dass mehr Flexibilität und Anpassbarkeit bei der Gestaltung der Intensität der Betreuung notwendig ist, um besser auf die individuellen Bedürfnisse der Klient*innen eingehen zu können. [189]

8.6.3. Personelle Ressourcen

Herausforderungen bei der Umsetzung der stationären Behandlung sind vor allem die Fachkräfteverfügbarkeit und die geringen Stellenanteile bestimmter Berufsgruppen. Der Mangel an Fachärzt*innen ist eine Schwierigkeit bei der Aufnahme und Betreuung von Kindern und Jugendlichen, da für hierfür umfangreiche Kontakte zum häuslichen Umfeld erforderlich sind.[190] Geringe Stellenanteile führen zudem dazu, dass Patient*innen nur in großen Zeitabständen Personalkontakte haben, was gerade bei Patient*innen, die intensive Beziehungsarbeit benötigen, problematisch ist. Darüber hinaus wird in der StäB von den Patient*innen ein hohes Maß an Flexibilität und Ressourcen erwartet, um sich auf die häufigen Kontakte mit fremden Menschen und ungewohnten Tätigkeiten einzulassen.[191] Und nicht zuletzt stellt der Wechsel aus dem geschützten Klinikalltag in die Lebenswelt der Patient*innen eine Herausforderung dar, denn es müssen Mitarbeiter*innen gefunden werden, die bereit sind, sich auf dieses neue Terrain zu begeben.[192] Insgesamt ist die Umsetzung der StäB und die Rekrutierung von qualifiziertem Personal mit erheblichem Aufwand verbunden. Vor allem durch die strikten Vorgaben der ständigen Erreichbarkeit wird dies zusätzlich erschwert. [193]

8.7. Kategorie 7: Hürden StäB Ausbau

Die Einführung von StäB in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stößt auf verschiedene Hindernisse. Zum einen gibt es Widerstände seitens der Krankenkassen, die sich zunächst nicht bereiterklären, StäB zu finanzieren und zu übernehmen.[194] Zum anderen stellt der hohe administrative und strukturelle Aufwand für die Kliniken bei der Einführung von StäB eine große Herausforderung dar. Dazu gehören unter anderem die Beschaffung von Fahrzeugen, die Rekrutierung und Bindung von Personal sowie die Erfüllung der hohen

---

[188] Vgl. I2 Z. 168 – 184
[189] Vgl. I2 Z. 88 – 97
[190] Vgl. I1 Z. 129 – 134
[191] Vgl. I2 Z. 184 – 205
[192] Vgl. I5 Z. 31 – 43
[193] Vgl. I3 Z. 300 – 310, I4 Z. 216 – 219, I3 Z. 294 – 298, I5 Z. 326 – 333
[194] Vgl. I2 Z. 268 – 296

strukturellen Anforderungen seitens der Krankenkassen. [195] Viele Kliniken schrecken vor diesem Aufwand zurück, insbesondere dann, wenn die Refinanzierung unsicher ist.[196] Darüber hinaus bestehen bei Klinikmitarbeiter*innen gewisse Vorbehalte gegenüber einer ambulanten Behandlung zu Hause anstelle einer Krankenhausbehandlung. Die stationäre Behandlung wird von einem Teil des Personals als überlegen angesehen.[197] Hinzu kommt, dass die Kliniken in den letzten Jahren durch die Covid-19-Pandemie und andere Faktoren stark belastet waren. Sie hatten daher wenig Kapazitäten, um sich neuen Themen zu widmen. Insgesamt zeigt sich, dass die Einführung von StäB für die Kliniken einen großen Kraftakt bedeutet, der durch Hemmnisse, Unsicherheiten und Vorbehalte erschwert wird.[198] Dennoch sehen viele Expertinnen und Experten in dieser Versorgungsform ein großes Potenzial zur Optimierung der Versorgung bisher nicht erreichter Patient*innengruppen.[199]

8.8. Kategorie 8: Entwicklungsvorstellungen

8.8.1. Gesellschaftliches Bewusstsein

Die Befragten wünschen sich ein verändertes gesellschaftliches Bewusstsein in Bezug auf psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.[200] Sie weisen darauf hin, dass nicht nur die Therapeut*innen, sondern auch das direkte Umfeld der Patient*innen einen wichtigen Beitrag zur Behandlung leisten können. Sie wünschen sich daher eine stärkere Einbeziehung und Befähigung des familiären Umfeldes im Umgang mit der Erkrankung, da dies die Prognose deutlich verbessern kann.[201] Angebote wie die stationsäquivalente Behandlung sind aus Sicht der Befragten ein Weg zur Erreichung dieses Ziels, da hier die Eltern stärker in die Behandlung mit einbezogen werden. Eine Herausforderung ist jedoch der flächendeckende Ausbau dieser Angebote zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung.[202]

---

[195] Vgl. I1 Z. 167 – 178, I2 Z. 268 – 296, I3 Z. 408 – 456, I5 Z. 294 – 306, I6 Z. 270 - 292
[196] Vgl. I2 Z. 268 – 296, I3 Z. 466 – 470, I4 Z. 293 – 327, I5 Z. 309 – 323, I3 Z. 520 – 522
[197] Vgl. I7 Z. 325 – 362
[198] Vgl. I2 Z. 268 – 296, I3 Z. 408 – 456, I5 Z. 309 – 323, I6 Z. 270 – 292, I7 Z. 325 – 362. I4 Z. 267 – 290
[199] Vgl. I7 Z. 325 – 362
[200] Vgl. I5 Z. 336 – 342
[201] Vgl. I5 Z. 346 – 360, I6 Z. 318 – 322
[202] Vgl. I7 Z. 433 – 437

8.8.2. Finanzierung

Die Finanzierung der zukünftigen Gesundheitsversorgung ist eine komplexe Herausforderung, an der verschiedene Akteur*innen wie Politik, Krankenkassen und Leistungserbringer beteiligt sind.[203] Die Finanzierungsmodelle sind regional unterschiedlich. Um faire und vergleichbare Bedingungen zu schaffen, ist es wichtig, Transparenz über die Vergütung der einzelnen Leistungen zu schaffen.[204] Während die Politik die Ambulantisierung und die wohnortnahe Versorgung fordert, sehen die Krankenkassen in der Ambulantisierung und der wohnortnahen Versorgung vor allem Einsparpotenziale.[205] Letztlich geht es den Leistungserbringern um eine sichere und auskömmliche Finanzierung, die von der Gesellschaft getragen werden muss.[206]

8.8.3. Politik

Für die Bekanntmachung des Angebotes der StäB sind eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit und Kooperationen mit relevanten Akteur*innen wie z.B. Kinderärzt*innen und Jugendämtern wichtig. Dabei muss klar kommuniziert werden, um was es sich bei den StäB handelt und was sie leisten können.[207] Der gezielte Einsatz der begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen ist aus gesundheitspolitischer Sicht wichtig. In diesem Zusammenhang steht die beziehungs- und personenorientierte Medizin – wie das Konzept der StäB – im Wettbewerb mit der apparativ-technologischen Medizin um die Finanzierung.[208] Es ist wichtig, den Entscheidungsträger*innen die Notwendigkeit und den Mehrwert des StäB-Konzeptes zu vermitteln, da es Familien erreicht, die sonst keine oder nur eine unzureichende Versorgung erhalten würden.[209] Zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Arbeit der StäB wäre es wünschenswert, dass andere Institutionen dem Beispiel der StäB folgen und sich ebenfalls für eine Anpassung der Rahmenbedingungen einsetzen.[210] Insgesamt muss die Entwicklung hin zu stärker gemeindenahen und ambulanten Versorgungskonzepten weitergeführt werden.[211]

---

[203] Vgl. I5 Z. 201 – 208
[204] Vgl. I3 Z. 522 – 537, I2 Z. 236 – 248
[205] Vgl. I3 Z. 522 – 537
[206] Vgl. I5 Z. 201 – 208, I5 343 – 346
[207] Vgl. I3 Z. 500 – 520
[208] Vgl. I4 Z. 220 – 350
[209] Vgl. I4 Z. 220 – 350, I4 Z. 350 – 357
[210] Vgl. I6 Z. 322 – 328
[211] Vgl. I7 Z. 403 – 405

8.8.4. Personelle Ausstattung

Im Mittelpunkt steht die personelle Ausstattung für die Umsetzung der Zukunftsvisionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP). Es wird deutlich, dass viele Kliniken und Versorgungskrankenhäuser Schwierigkeiten haben, ausreichend Ärzt*innen und Fachpersonal zur Aufrechterhaltung der Versorgung zu finden.[212] Dies betrifft vor allem Regionen wie Rheinland-Pfalz, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Der Personalmangel wird als Hauptproblem für den Ausbau von gemeindenahen Angeboten wie der StäB gesehen.[213] Gleichzeitig zeigen Studien, dass mit einem geringeren Personal- und Mitteleinsatz eine ähnlich gute Versorgung im ambulanten Bereich möglich wäre, was sowohl für die Volkswirtschaft als auch für die Patient*innen von Vorteil wäre, da sie in ihrem sozialen Umfeld verbleiben könnten.[214]

8.8.5. Behandlung

Großes Potenzial sehen die Gesprächsteilnehmenden in einer flexibleren und individuelleren Gestaltung der Behandlung, insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie wünschen sich, dass die Intensität der Behandlung im Verlauf angepasst werden kann, z.B. durch eine Reduzierung der Kontakte gegen Ende der Behandlung. Auch die Möglichkeit, telefonische Kontakte abzurechnen, wird als sinnvoll erachtet.[215] Darüber hinaus sollte das häusliche Umfeld stärker einbezogen werden, da dies den Behandlungserfolg fördern kann.[216] Die Interviewpartner*innen sind vom Konzept der StäB sehr überzeugt und sehen darin eine gute Alternative zur stationären Behandlung, insbesondere für Patientinnen und Patienten, die eine stationäre Behandlung ablehnen oder für die eine stationäre Behandlung nicht in Frage kommt.[217] Sie gehen davon aus, dass mittelfristig bis zu 30 % der bisher stationär durchgeführten Behandlungen durch StäB abgedeckt werden können, auch wenn ein Teil der Behandlungen weiterhin stationär erfolgen muss. [218] In der Kinder- und Jugendpsychiatrie erwarten sie noch größere Möglichkeiten durch die aufsuchende Behandlung.[219]

---

[212] Vgl. I3 Z. 490 – 500
[213] Vgl. I3 Z. 520 – 522, I7 Z. 397 – 397, I7 Z. 399 – 403
[214] Vgl. I7 Z. 406 – 413
[215] Vgl. I1 Z. 181 – 190, I2 Z. 302 – 313, I3 Z. 388 – 393
[216] Vgl. I7 Z. 427 – 433
[217] Vgl. I2 Z. 302 – 313
[218] Vgl. I7 Z. 413 – 423, I7 Z. 427 – 433
[219] Vgl. I7 Z. 437 – 440

9. Analyse

Umsetzung

Die StäB in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bietet viele Vorteile gegenüber der traditionellen stationären Behandlung. Ein zentraler Vorteil ist die altersübergreifende Versorgung. Sie ermöglicht die Behandlung sehr junger Patient*innengruppen wie Säuglingen und Kleinkindern. Angesichts der steigenden Inzidenz schwerer psychiatrischer Störungsbilder, wie z.B. Autismus-Spektrum-Störungen, Fütter- und Interaktionsstörungen sowie ADHS, erweist sich der StäB-Ansatz als effektive Behandlungsalternative. Denn Kinder sind in stationären Settings häufig überfordert oder gestresst, was sich negativ auf den Behandlungsverlauf auswirken kann. Der erzielte Therapieerfolg wird deutlich verbessert, wenn die Kinder und Jugendlichen in ihrem gewohnten sozialen Umfeld arbeiten und verbleiben. Durch die Aufrechterhaltung des Alltagslebens wird nicht nur die Stabilität in den Behandlungsverläufen gefördert, sondern es bietet sich auch die Möglichkeit, die Familien in den therapeutischen Prozess mit einzubeziehen. Da familiäre Dynamiken erkannt und bearbeitet werden können, stellt dieser Aspekt einen zusätzlichen erhöhten therapeutischen Nutzen dar. Aus der Perspektive der Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigt sich, dass StäB-Konzepte auch hier wertvolle Alternativen bieten können. Sie unterstützen diese Patient*innengruppen bei der Rückkehr in ein eigenverantwortliches Leben und können so die Übergangsphase zwischen stationären und ambulanten Behandlungsformen erleichtern. Trotz verschiedener Schwierigkeiten werden die StäB in der Fachwelt überwiegend als „Behandlungsrevolution“ bewertet, da insbesondere die Akzeptanz bei den Familien sehr hoch ist.

Zeitliche Einordnung im Behandlungsprozess

Die StäB-Behandlung wird als integraler Bestandteil in die Gesamtbehandlung der Patient*innen eingefügt. Durch ihre flexible zeitliche Platzierung kann die Behandlung sowohl an eine vorangegangene stationäre Therapie anknüpfen als auch eigenständig durchgeführt werden. Dieser Ansatz bietet den Vorteil, dass Patient*innen unterstützt und begleitet werden, die Schwierigkeiten haben, herkömmliche Behandlungsmethoden anzunehmen. Ein zentrales Ziel der StäB besteht darin, die Patient*innen aus ihrer Isolation zu befreien und ihnen den Weg zu weiterführenden Behandlungsoptionen, wie z. B. der Tagesklinik, zu ebnen. In vielen Fällen wird die StäB als Übergangsschritt genutzt, um die Patient*innen sanft in ihr gewohntes Leben zu reintegrieren. Dabei erfordert die

Integration in andere Hilfesysteme, wie z.B. das Betreute Wohnen, eine sorgfältige Zusammenarbeit der verschiedenen Kostenträger und eine sektorenübergreifende Versorgungsperspektive. Letztlich zielt die StäB darauf ab, den Patient*innen ein weitgehend selbstständiges und ausgewogenes Leben außerhalb der Klinik zu ermöglichen.

Implementierung

Eine große Hürde stellt die Rekrutierung des Personals dar; viele Mitarbeiter*innen zögerten mit der Aufgabe ihres sicheren Arbeitsplatzes, insbesondere im Hinblick auf die anfängliche Teilzeitbeschäftigung. Dennoch gelang es, engagierte Fachkräfte zu gewinnen, die bereit waren, sich aktiv an der Gestaltung des neuen Konzepts zu beteiligen. Ein zusätzliches Problem stellte die unsichere Finanzierung von StäB dar. Diese Unsicherheiten behinderten die Planung über den kurzfristigen Zeitraum hinaus und wirkten sich negativ auf die nachhaltige Umsetzung aus. Die aufsuchende Akutversorgung in die bestehenden Strukturen des deutschen Gesundheitswesens zu integrieren, erwies sich als schwierig, insbesondere aufgrund der starren Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Strikte Vorgaben zu Kontakthäufigkeit und Kontaktform führten in der Praxis häufig zu Einschränkungen, die nicht mit dem Therapiebedarf der Patient*innen übereinstimmten. Trotz dieser Herausforderungen ist es den Interviewpartner*innen gelungen, das Angebot der StäB zu etablieren und seit 2019 auch als festen Bestandteil des Behandlungsangebotes mit festgelegten Personalschlüsseln im Gesetz zu verankern.

Hürden der Implementierung

Die Implementierung von StäB in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist mit einer Vielzahl von Herausforderungen verbunden. Die von den Krankenkassen geforderte Abgabe von stationären Betten zur Schaffung von StäB-Plätzen stellte für die klinischen Einrichtungen eine erhebliche Hürde dar. Darüber hinaus wurden die starren Termin- und Kontaktregelungen als hinderlich empfunden, da sie den betroffenen Familien wenig Flexibilität und Komfort bei der Inanspruchnahme der Angebote ließen. Ein weiterer Stolperstein war die Kommunikation zwischen den Mitarbeiter*innen, die oft dezentral tätig waren, was die Entwicklung einer kohärenten Behandlungsstrategie erschwerte. Der häufig wechselnde Fokus der Familien auf ihre Bedürfnisse ergänzte die Herausforderung, einen kohärenten Behandlungspfad zu gewährleisten. Darüber hinaus war die Einbeziehung des Betriebsrates notwendig, da es sich um die Umsetzung einer Arbeitsplatzverlagerung handelte. Fragen der Vergütung des Pflege- und

Erziehungspersonals, das häufig keine Schichtzulage erhält, sowie die Herausforderung, das eher für erwachsene Patient*innen konzipierte Konzept der StäB auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu übertragen, verdeutlichten die Komplexität der Situation. Die erfolgreiche Implementierung von StäB erfordert daher Mitarbeitende, die offen für Veränderungen sind und die Notwendigkeit von Anpassungen mittragen.

Durchführung

Die StäB stellt in der modernen Kinder- und Jugendpsychiatrie eine innovative Behandlungsform dar, deren Ziel es ist, Patient*innen in ihrer gewohnten Umgebung zu behandeln, anstatt sie stationär aufzunehmen. Diese Methode hat das Potenzial, die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung zu verbessern. Die durchschnittliche Dauer der Behandlung in der StäB ist nicht nur von Klinik zu Klinik unterschiedlich, sondern auch innerhalb der einzelnen Behandlungsverläufe. Während in einigen Einrichtungen eine feste Behandlungsdauer von 10 Wochen vorgesehen ist, wird in anderen Einrichtungen ein flexibler Zeitraum von 8 bis 16 Wochen eingeräumt, wobei sogar eine Behandlungsdauer von bis zu 40 Wochen möglich ist. Diese Unterschiede sind teilweise auf die Heterogenität der Zielgruppe zurückzuführen. Psychisch kranke Kinder und Jugendliche sind durch ein breites Spektrum an Symptomen und Behandlungsbedürfnissen gekennzeichnet. Ein elementares Merkmal der StäB ist die Anpassungsfähigkeit an die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen. Kürzere Behandlungsdauern können durch verschiedene Faktoren bedingt sein. Dazu gehören Behandlungsabbrüche, die sowohl von den Patient*innen als auch von den Kliniken initiiert werden können. Gründe für Behandlungsabbrüche sind z. B. mangelnde Compliance der Patient*innen, die auf eine Vielzahl psychischer und sozialer Schwierigkeiten hinweist, auf die in einem stationären Setting nicht ausreichend eingegangen werden kann. Ausschlaggebend für die Verlängerung der Behandlung ist häufig auch der umfassende Behandlungsbedarf der Patient*innen, insbesondere wenn es um die Strukturierung des Alltags und die Entwicklung von Perspektiven geht.

Flexibilität versus Standardisierung

Hier zeigt sich ein zentrales Spannungsfeld, auf der einen Seite drängen die Krankenkassen auf besser planbare Behandlungszeiten, um eine effizientere Ressourcenallokation und Kostenkontrolle zu gewährleisten. Auf der anderen Seite sind die Einrichtungen gefordert, flexibel auf die unterschiedlichen Bedürfnisse ihrer Patient*innen zu reagieren. Diese Flexibilität ist notwendig, um den individuellen Therapiefortschritten Rechnung zu tragen. Kliniken, die starre Zeitvorgaben einführen, laufen Gefahr, die Behandlungsergebnisse zu verschlechtern, da sie nicht in der Lage sind, auf die spezifischen Bedürfnisse ihrer Patient*innen einzugehen. Aus der Literatur ist bekannt, dass ein patient*innenorientierter Ansatz in der Psychotherapie zu besseren Ergebnissen führen kann. Flexibilität und die Berücksichtigung der persönlichen Lebensumstände der Patient*innen sind entscheidend für die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen. Ziel der StäB ist es, nicht nur die Symptome zu lindern, sondern die Patient*innen beim Aufbau einer stabilen Alltagsstruktur zu unterstützen, die es ihnen ermöglicht, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. In den letzten Jahren haben sich durch den sukzessiven Ausbau der StäB-Angebote unterschiedliche Versorgungslandschaften herausgebildet. Unterschiedliche gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, finanzielle Ressourcen und die Verfügbarkeit von Fachpersonal erklären die regional unterschiedliche Verbreitung und Zugänglichkeit dieser Behandlungsform. In ländlichen Gebieten ist das Angebot oft begrenzter, während in städtischen Zentren in der Regel ein breiteres Spektrum an Behandlungsformen zur Verfügung steht. Diese Disparitäten in der Verfügbarkeit von StäB erfordern eine kritische Reflexion der gesundheitspolitischen Strategien und der Effizienz der Ressourcenallokation im Hinblick auf die Sicherstellung einer flächendeckenden und gleichwertigen psychiatrischen Versorgung.

Personalausstattung und Fallverantwortung

Personalausstattung und Fallverantwortung in der klinischen Versorgung sind entscheidende Faktoren für die Qualität und Wirksamkeit der Behandlung psychischer Erkrankungen. In der StäB zeigt sich ein multiprofessioneller Ansatz, der die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen integriert. Im Folgenden werden die Aspekte der personellen Ressourcen, der Struktur der Fallverantwortung und der interdisziplinären Zusammenarbeit beleuchtet, um deren Einfluss auf das Behandlungsergebnis und die Patient*innenversorgung zu reflektieren. Ein zentrales Merkmal der StäB ist die Zusammensetzung des multiprofessionellen Teams, das sich aus

Ärzt*innen, Psycholog*innen, Pflegekräften, Sozialpädagog*innen und Kunst- und Bewegungstherapeut*innen zusammensetzt. Jede dieser Professionen bringt spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten ein, die für eine umfassende psychiatrische Versorgung unerlässlich sind. Diese Vielfalt an Kompetenzen und Perspektiven ermöglicht es, auf die komplexen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen ganzheitlich einzugehen.
Die primäre Fallverantwortung liegt bei den Ärzt*innen und Therapeut*innen, die sich kontinuierlich austauschen und die Aufgaben untereinander aufteilen. Durch dieses System kann eine zielgerichtete und effektive Behandlung gewährleistet werden. Die Implementierung eines Bezugsbetreuer*innensystems im Pflege- und Erziehungsdienst trägt zusätzlich zur Kontinuität in der Betreuung bei und fördert die Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten. Diese stabilen Beziehungen sind besonders wichtig, um Vertrauen aufzubauen und die Motivation der Patient*innen zu steigern, was für den Behandlungserfolg entscheidend ist. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird durch regelmäßige Visiten und Fallbesprechungen gefördert. Diese Formate sind entscheidend, um die unterschiedlichen fachlichen Perspektiven in die Behandlung einfließen zu lassen. Eine effektive Kommunikation und Koordination zwischen den Professionen kann die Behandlungsprozesse optimieren und zu einer besseren Patient*innenversorgung führen. Motivation und Eignung des Personals sind grundlegende Aspekte, die den Erfolg des multiprofessionellen Ansatzes beeinflussen. Qualifiziertes Personal, das sowohl fachlich kompetent als auch einfühlsam ist, schafft eine Therapeut*in-Patient*in-Beziehung, die für den Heilungsprozess von entscheidender Bedeutung ist. Psychische Erkrankungen erfordern oft ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und Verständnis, weshalb die Auswahl und Schulung des Personals in der StäB von zentraler Bedeutung ist. Die Kliniken orientieren sich an den Vorgaben der Psychiatrie-Personal-Richtlinien mit dem Ziel einer optimalen multiprofessionellen Besetzung. Eine strukturierte Personalpolitik, die den spezifischen Anforderungen der psychotherapeutischen Versorgung Rechnung trägt, ist notwendig, um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Patient*innen gerecht zu werden. Die hauptamtliche Besetzung der StäB mit einem Kernteam aus Ärzt*innen, Psycholog*innen und Pflegekräften stellt sicher, dass zentrale Behandlungsaufgaben wie Aufnahmeuntersuchung, Entlassungsmanagement und ärztliches Berichtswesen effizient und kompetent durchgeführt werden. Durch die anteilige Einbindung weiterer Berufsgruppen wie Sozialarbeiter*innen und Therapeut*innen kann der Ressourceneinsatz flexibel angepasst und entsprechend den Bedürfnissen der Patient*innen optimiert werden. Diese Flexibilität ist im Kontext der StäB besonders wichtig, da hier die Behandlung

häufig an die spezifischen Lebensumstände und Herausforderungen der Patientinnen und Patienten angepasst werden muss.

Erfolg

Der Erfolg einer psychiatrischen Behandlung ist ein komplexes und oft mehrdimensionales Konzept, das nicht leicht zu quantifizieren oder zu definieren ist. Im Kontext psychischer Erkrankungen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, die die Erfolgskriterien beeinflussen. In dieser Diskussion wird analysiert, wie Behandlungsziele formuliert, verfolgt und evaluiert werden. Traditionell konzentriert sich der Behandlungserfolg auf die Linderung der Symptome einer psychiatrischen Erkrankung. Darüber hinaus bedarf es jedoch individueller und regelmäßig angepasster Behandlungsziele, die in einem multiprofessionellen Team formuliert und überprüft werden. Der Behandlungserfolg kann daher nicht allein an der Symptomreduktion gemessen werden, sondern muss auch das Erreichen dieser spezifischen Ziele berücksichtigen. Um die Wirksamkeit der Behandlung beurteilen zu können, ist es unerlässlich, die Gründe für das Erreichen oder Nichterreichen der Ziele zu analysieren. Diese Analyse ermöglicht eine Anpassung und kontinuierliche Optimierung der Behandlungsstrategien. Ein dynamisches Vorgehen bei der Zielverfolgung kann nicht nur den Behandlungserfolg erhöhen, sondern auch die Motivation der Patient*innen steigern, indem Fortschritte sichtbar gemacht werden. Von großer Bedeutung ist auch die Kommunikation und Kooperation zwischen Klinik, Eltern und Schule. Ein kooperativer Ansatz kann dazu beitragen, eine unterstützende Lernumgebung zu schaffen, die Kinder und Jugendliche ermutigt, an ihren Herausforderungen zu arbeiten. Die aktive Einbeziehung aller Beteiligten ist entscheidend für den Aufbau eines Netzwerks, das die Patient*innen während des Übergangs unterstützt. Die vorliegende Analyse beleuchtet die verschiedenen Aspekte, die den Erfolg einer StäB beeinflussen, darunter die Rückkehr in ein stabiles Umfeld, die Rolle des Behandlungsteams, die Motivation der Patient*innen und die Flexibilität der Behandlungsansätze. Ein zentraler Faktor für den Erfolg der StäB ist, dass die Patient*innen nach dem stationären Aufenthalt in ein stabiles und unterstützendes Umfeld zurückkehren können. Eine stabilisierte häusliche Situation, in der die psychosoziale Unterstützung durch Familie und Freund*innen gewährleistet ist, trägt entscheidend dazu bei, Rückfälle in alte Verhaltensmuster zu vermeiden. Die Einbeziehung familiärer und sozialer Netzwerke während der Behandlung ist daher unerlässlich. Darüber hinaus empfiehlt es sich, präventive Nachsorgestrukturen zu etablieren, die den Übergang

vom stationären zum ambulanten Setting unterstützen. Die Arbeit mit dem familiären und sozialen Umfeld sollte integraler Bestandteil der Behandlung sein. Programme zur Familienarbeit können durch Aufklärung, Schulung und Informationsangebote die Familiendynamik verbessern und die Unterstützung für den Patienten stärken. Ein starkes soziales Netzwerk kann nicht nur als Schutzfaktor wirken, sondern auch die Motivation der Patient*innen fördern, aktiver an der Genesung zu arbeiten. Ein weiterer wesentlicher Erfolgsfaktor sind die Mitarbeitenden, welche das StäB-Konzept umsetzen. Ihr Engagement und ihre Überzeugung von der Wirksamkeit der Behandlung tragen wesentlich zur Qualität der Therapie bei. Entscheidend sind hierbei die Erfahrung sowie die Kompetenzen des Behandlungsteams. Teams mit viel praktischer Erfahrung sind besser in der Lage, geeignete Therapieansätze auszuwählen und die Wirksamkeit von Maßnahmen einzuschätzen. Fortbildung und Supervision sind wichtig, um das Wissen aktuell zu halten und neue therapeutische Trends und Methoden in die Praxis zu integrieren. Flexibilität ist ein weiterer wesentlicher Erfolgsfaktor. Die Behandlung muss sich an den individuellen Bedürfnissen der Patient*innen orientieren, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Dazu müssen die organisatorischen Strukturen so gestaltet sein, dass individualisierte Behandlungspläne schnell und unkompliziert umgesetzt werden können. Patient*innenzentrierte Versorgung bedeutet auch, dass therapeutische Maßnahmen regelmäßig evaluiert und gegebenenfalls angepasst werden. Ein dynamischer und anpassungsfähiger Behandlungsansatz fördert nicht nur die allgemeine Patient*innenzufriedenheit, sondern optimiert auch die Behandlungsergebnisse.

Die Bedeutung der Zusammenarbeit mit Familien und Angehörigen

Die erfolgreiche Behandlung psychischer Erkrankungen ist ein komplexer Prozess, der von vielen Faktoren beeinflusst wird. Hervorzuheben ist die Rolle der Kooperation und Motivation aller beteiligten Akteure, insbesondere der Familien und Angehörigen. Dieser Text analysiert, wie diese Aspekte den Behandlungserfolg fördern und welche konkreten Strategien zur Verbesserung der Partizipation und Integration von Ressourcen beitragen können. Die Einbeziehung der Angehörigen in den Behandlungsprozess ist entscheidend für den langfristigen Erfolg der Therapie. Familien spielen eine zentrale Rolle im Leben der Patient*innen und können wesentlich zur Stabilität und Unterstützung beitragen. Die Bereitschaft der Patient*innen und ihrer Familien, die Behandlung aktiv anzunehmen und mitzuarbeiten, ist die Grundlage für eine erfolgreiche Therapie. Wenn Familienmitglieder in den Prozess einbezogen werden, können sie die Patient*innen emotional unterstützen

und gleichzeitig helfen, belastende Situationen im Alltag zu erkennen und zu bewältigen. Ein ressourcenorientierter Ansatz, der den Blick auf Lösungen und persönliche Stärken richtet, ist dabei von großer Bedeutung. Anstatt sich ausschließlich auf Defizite und Probleme zu konzentrieren, sollte die Behandlung auch die positiven Aspekte und Fähigkeiten der Patient*innen und ihrer Familien hervorheben. Auf diese Weise kann die Motivation und das Engagement aller Beteiligten gefördert werden. Eine wichtige Ergänzung zur stationären Behandlung ist die aufsuchende Arbeit im Umfeld der Patient*innen. Diese Maßnahme ermöglicht es den Therapeut*innen, unmittelbar in die Lebenswirklichkeit der Betroffenen einzutauchen und belastende Strukturen sowie ungünstige soziale Bedingungen zu erkennen. Der direkte Kontakt zu Angehörigen und anderen Bezugspersonen fördert ein besseres Verständnis für die Bedürfnisse des Patient*innen und ermöglicht die gemeinsame Entwicklung von Veränderungsstrategien. Im Rahmen dieser aufsuchenden Arbeit können die Behandelnden nicht nur die Herausforderungen erkennen, mit denen die Familien konfrontiert sind, sondern auch Ressourcen und Lösungsmöglichkeiten identifizieren. Dies kann dazu beitragen, belastende Faktoren wie eine negative Familiendynamik oder soziale Isolation zu verändern und langfristig die Lebensqualität der Patient*innen zu verbessern. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Schaffung einer guten Compliance und eines hohen Engagements aller Beteiligten. Um dies zu erreichen, sollte die Therapie so gestaltet werden, dass sie auf die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen der Patient*innen und ihrer Familien abgestimmt ist. Insbesondere bei jüngeren Kindern sind Einstellung und Mitarbeit der Eltern ein entscheidender Faktor für den Behandlungserfolg. Bei Jugendlichen hingegen ist es oft die eigene Bereitschaft und das Erkennen der eigenen Ressourcen, die den Therapieverlauf positiv beeinflussen. Schließlich sind eine klare Zielbesprechung und Zielvereinbarung von signifikanter Bedeutung für den Behandlungserfolg. Dieser Prozess sollte regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst werden, um sicherzustellen, dass alle Beteiligten motiviert und engagiert bleiben. Transparenz in der Zielsetzung fördert nicht nur die Eigenverantwortung der Patient*innen, sondern stärkt auch das Vertrauen zwischen Behandelnden, Patient*innen und Angehörigen. Die aktive Einbeziehung aller Beteiligten in diesen Prozess kann dazu führen, dass sich die Patient*innen stärker mit ihrer Behandlung identifizieren und motivierter an ihrer Genesung arbeiten.

PIA

Die Psychiatrische Institutsambulanz hat in Baden-Württemberg kürzlich eine signifikante Reform in der Finanzierung erfahren, die als Schritt in die richtige Richtung angesehen wird. Die Umstellung von einer pauschalen Quartalsabrechnung auf eine Leistungsabrechnung, die ähnlich dem bayerischen Modell funktioniert, bietet zahlreiche Vorteile für die ambulante psychiatrische Versorgung. Insbesondere für die StäB bringt diese Änderung Verbesserungen in der Flexibilität und der bedarfsgerechten Behandlung. Zusätzlich zur bisherigen Pauschale erlaubt die neue Abrechnungsweise der PIAs nun die individuelle Abrechnung von Leistungen. Diese Änderung hat zur Folge, dass Behandelnde die Versorgung gezielter an den spezifischen Anforderungen der Patient*innen ausrichten können. Bei akuten Krisen lässt sich somit schneller reagieren, da die Behandlung im ambulanten Setting flexibler gestaltet werden kann. Dies fördert nicht nur die Krisenintervention, sondern reduziert auch die Notwendigkeit für stationäre Aufenthalte, die mit zusätzlichen Belastungen für die Patient*innen und deren Angehörige verbunden sind. Die Möglichkeit, direkt auf individuelle Bedürfnisse einzugehen, ist insbesondere vorteilhaft für die StäB, die häufig mit komplexen Krankheitsbildern und unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert sind. Dank der Einzelabrechnung können Therapeut*innen nun schneller zwischen Angeboten der PIA und der Tagesklinik im StäB wechseln, um eine fortlaufende und koordinierte Betreuung zu gewährleisten. Die Umstellung auf eine bedarfsgerechte Finanzierung wird insgesamt von Fachkräften und Expert*innen sehr positiv bewertet. Es wird erwartet, dass diese Reform nicht nur die Patient*innenversorgung verbessert, sondern auch die Belastungen im Gesundheitssystem verringert. Die Möglichkeit der individualisierten Abrechnung könnte zudem dazu führen, dass die Behandelnden motivierter sind, innovative und effektive Behandlungsmethoden zu entwickeln, um den unterschiedlichen Bedürfnissen ihrer Klient*innen gerecht zu werden. Insgesamt stellt die Reform der Finanzierung der Psychiatrischen Institutsambulanzen in Baden-Württemberg einen großen Fortschritt für die psychiatrische Versorgung dar. Die Möglichkeit der Einzelabrechnung ermöglicht eine bedarfsgerechte Gestaltung der Behandlung und fördert die Flexibilität und Effizienz der Versorgung. Insbesondere für die StäB eröffnen sich damit neue Möglichkeiten, sowohl akute Krisen zu bewältigen als auch langfristige Hilfen zu gewährleisten. Die Veränderungen wirken sich positiv auf die Qualität der psychiatrischen Versorgung aus und tragen dazu bei, die Lebensqualität der Patient*innen nachhaltig zu verbessern.

Adäquate Finanzierungsmodelle

Die Finanzierung der psychiatrischen Behandlung, insbesondere der StäB, steht im Fokus intensiver Diskussionen. Verschiedene Modelle werden erörtert, die sich sowohl in ihrer Komplexität als auch in ihrer Praktikabilität unterscheiden. Diese Diskussion ist entscheidend, um eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Versorgung für psychisch erkrankte Menschen zu gewährleisten. Bei der Pauschalfinanzierung erhält jede Klinik ein festes Budget, das unabhängig von der Anzahl der behandelten Patienten ist. Dieses Modell bietet den Kliniken mehr Planungssicherheit und kann die bürokratischen Hürden verringern. Ein zentrales Problem ist jedoch die Unklarheit darüber, welche Leistungen in dieses Budget einfließen und wie Reserven, die eventuell nicht genutzt werden, berücksichtigt werden sollten. Zudem könnte die Qualität der Versorgung leiden, wenn Kliniken finanziell unter Druck stehen, um innerhalb ihres Budgets zu arbeiten. Bei der Einzelabrechnung werden die erbrachten Leistungen in Form von Tagessätzen abgerechnet. Aus dokumentarischer Sicht ist dieses Modell einfacher und transparenter, da es die tatsächlichen Behandlungskosten direkt abbildet. Dieses System birgt jedoch die Gefahr der Unterfinanzierung, da nicht immer alle tatsächlichen Kosten erfasst werden. Kliniken könnten in eine finanzielle Schieflage geraten, wenn die abgerechneten Tagessätze die erforderlichen Mittel nicht decken. Ein möglicher Kompromiss ist ein gemischtes System aus einem Sockelbetrag, der eine Grundfinanzierung darstellt, und einer Einzelabrechnung für spezifische Leistungen. Dieses Modell könnte eine Balance zwischen Planungssicherheit und Flexibilität schaffen, da es eine gewisse Grundfinanzierung bietet und gleichzeitig auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten eingeht. Die Implementierung könnte komplex sein und erfordert eine genaue Definition der abgerechneten Leistungen.

Herausforderungen der Finanzierung

Die Interviewpartner*innen betonen, dass die Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierung eine erhebliches Handicap darstellt. Die Krankenkassen zeigen oft Widerstand gegen die Finanzierung neuer Behandlungsformen, aus Angst vor steigenden Kosten. Dies führt zu einer spürbaren Gegenwehr und zu Versuchen der Unterfinanzierung durch die Kostenträger, was die Arbeit der StäB-Teams zusätzlich belastet. Einige Kliniken plädieren für eine pauschalierte Tagespauschale, um mehr Planungssicherheit in ihrem budgetären Rahmen zu gewinnen. Diese Strategie könnte es ermöglichen, kurzfristig auf Veränderungen in der Patient*innenzahl zu reagieren, ohne sofort in finanzielle

Engpässe zu geraten. Letztendlich steht die Suche nach einem geeigneten Finanzierungsmodell im Vordergrund, das sowohl eine hochwertige Versorgung sicherstellt als auch praktikabel für alle Beteiligten ist. Die Diskussion sollte dabei nicht nur theoretische Überlegungen anstellen, sondern auch die praktischen Erfahrungen der Kliniken und der behandelnden Teams einbeziehen, um Modelle zu entwickeln, die sowohl effektiv als auch nachhaltig sind.

Spezielle Vereinbarungen

Die Finanzierung der StäB in der Psychiatrie in Deutschland ist ein hochkomplexes Thema, das je nach Bundesland erheblich variiert. Diese Unterschiede führen nicht nur zu variierenden Behandlungsmöglichkeiten, sondern beeinflussen auch die Qualität der Versorgung psychisch erkrankter Menschen maßgeblich. Besonders in Baden-Württemberg wurde ein innovatives Modell entwickelt, das verschiedene Elemente kombiniert, um eine bedarfsgerechte Finanzierung zu gewährleisten. In Baden-Württemberg wird die Finanzierung der StäB durch ein hybrides Modell geregelt, das sowohl Pauschalfinanzierung als auch leistungsorientierte Vergütung integriert. Durch dieses duale System wird versucht, die Vorzüge beider Ansätze zu kombinieren: Planungssicherheit durch die Pauschalen und Anpassungsfähigkeit an die tatsächliche Patient*innenenversorgung. Im Gegensatz dazu erfolgt in vielen anderen Bundesländern die Finanzierung meist über einen Tagessatz. Obwohl dieser Ansatz eine gewisse Transparenz bietet, gibt es große strukturelle Unterschiede zwischen den Bundesländern, die zu Herausforderungen führen. Einige Kliniken kämpfen mit Unterfinanzierung und können unter Umständen StäB-Angebote nicht aufrechterhalten oder gar anbieten. Dies hat direkte negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Verfügbarkeit von Behandlungsangeboten. Der Tagessatz deckt möglicherweise nicht die tatsächlichen Kosten, was dazu führt, dass Kliniken, insbesondere solche mit einem hohen Anteil an komplexen Fällen, finanziell unter Druck geraten. Um den Herausforderungen der Unterfinanzierung entgegenzuwirken, haben sich in Baden-Württemberg Controller*innen verschiedener Kliniken vernetzt und ihre finanzielle Transparenz erhöht, indem sie ihre Zahlen offenlegen. Diese gemeinsame Initiative hilft, die Risiken der Unterfinanzierung zu minimieren und eine bessere Argumentationsbasis in Verhandlungen mit Krankenkassen zu schaffen.

Schwachstellen StäB

In dieser Diskussion kristallisieren sich eine Reihe von zentralen Themen heraus, die sich sowohl auf strukturelle Herausforderungen als auch auf kritische Aspekte der Umsetzung beziehen. Diese Herausforderungen sind nicht ausschließlich StäB-spezifisch, sondern können grundsätzlich bei verschiedenen Behandlungsformen auftreten, insbesondere wenn Rahmenbedingungen und individuelle Patient*innenversorgung nicht optimal gestaltet sind.

Eine wesentliche Schwäche besteht darin, dass Krankenhausträger StäB als Sparmodell missbrauchen können. Die Abrechnung des vereinbarten Tagessatzes bei minimaler Behandlungsdauer kann dazu führen, dass die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen nicht ausreichend berücksichtigt werden. Die Folge ist eine Behandlung, die eher einer Verwahrung als einer adäquaten Therapie entspricht, ähnlich wie in stationären Einrichtungen. Darüber hinaus sind bestimmte Patient*innengruppen, wie z.B. Menschen mit manifester Suchtmittelabhängigkeit oder akuter Suizidalität, für die StäB wenig geeignet. Da ihren besonderen Bedürfnissen innerhalb der StäB-Struktur nicht ausreichend Rechnung getragen werden kann, bedarf es geeigneter alternativer Behandlungsformen.

Die Zusammensetzung des Behandlungsteams und die Gestaltung des Behandlungskonzepts sind weitere kritische Faktoren. Ein unzureichend zusammengesetztes Team oder ein ungeeignetes Behandlungskonzept können verhindern, dass die individuell notwendige Behandlung gewährleistet werden kann. Diese Probleme finden sich nicht nur in den StäB, sondern auch in den stationären Einrichtungen, wo die Qualität der Behandlung ebenfalls stark von den zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängt.

Rahmenbedingungen der StäB

Ein zentrales Thema sind die Herausforderungen bei der Abrechnung und Dokumentation von Elterngesprächen und Gruppentherapien. Beispielsweise können Elterngespräche ohne Anwesenheit des Kindes nicht abgerechnet werden, was als kontraproduktiv empfunden wird. Zudem war lange unklar, wie Gruppentherapien abgerechnet werden sollten, da die Befürchtung bestand, dass diese als *"verkappte Tagesklinik"* [220] gewertet werden könnten. Eine Lösung, welche zwei Gruppentherapien pro Woche zulässt, wurde hier letztlich gefunden.

---

[220] I3 Z. 238, siehe Kapitel 8.6.1. in vorliegender Arbeit)

Die Erreichbarkeit und Koordination der aufsuchenden Behandlung stellt eine erhebliche Herausforderung dar. Der hohe Aufwand, zum Teil mehrmals täglich Hausbesuche bei verschiedenen Patient*innen zu planen, erfordert viel Organisation. Die Termine der Kinder und Jugendlichen, die oft durch Schule oder Kita eingeschränkt sind, erschweren zudem eine flexible Gestaltung der Behandlungstermine. Ein weiteres kritisches Thema ist, dass die Rahmenbedingungen und Abrechnungsmodalitäten häufig von der Erwachsenenpsychiatrie geprägt sind. Dies führt dazu, dass diese nicht immer auf die spezifischen Bedürfnisse der Kinder- und Jugendpsychiatrie zugeschnitten sind. Der hohe Dokumentationsaufwand, beispielsweise für Fallbesprechungen und Visiten, wird als wenig praxisnah empfunden. Auch die starre Vorgabe, Behandlungen grundsätzlich im häuslichen Umfeld durchzuführen, wird kritisiert, da es Situationen gibt, in denen eine Behandlung in der Klinik sinnvoller wäre. Ein weiterer Punkt ist, dass die aufsuchende Behandlung nur begrenzt Möglichkeiten bietet, den für Kinder und Jugendliche wichtigen Peerkontakt herzustellen. Obwohl Gruppentherapien versucht werden, um diesen Kontakt zu fördern, wird hervorgehoben, dass StäB nicht in allen Fällen die optimale Behandlungsoption darstellt.

Behandlungsintensität

Die Diskussion über die Therapiefrequenz für Kinder und Jugendliche in der stationären Behandlung, speziell im Rahmen von Angeboten wie der Sozialpädagogischen Familienhilfe, zeigt sowohl Vorteile als auch wesentliche Herausforderungen auf. Eine höhere Behandlungsintensität kann für viele Klient*innen von Vorteil sein, da diese Form der Behandlung es den Fachkräften ermöglicht, die Patient*innen intensiver zu beobachten und individuellere Rückmeldungen zu geben. Sowie soziale Interaktionen und Kontakte innerhalb der Familie und zu anderen Therapiegruppen verbessert, was für die psychosoziale Entwicklung der Patient*innen entscheidend ist. Diese Aspekte können dazu führen, dass die Klient*innen besser unterstützt werden und ihre Fortschritte klarer verfolgt werden können. Allerdings sind auch erhebliche Herausforderungen zu beobachten. Die hohe Frequenz der täglichen Kontakte kann für die Familien eine große Belastung darstellen, besonders wenn die Behandlung über längere Zeiträume andauert. Diese ständige Intensität kann zusätzlich zum Stress der bestehenden familiären Situation beitragen, was zu einer Erschöpfung der Eltern und anderen Bezugspersonen führen kann. Oftmals ist die Behandlungsintensität nicht ausreichend flexibel, um den Übergang und das Ausschleichen der Behandlung gegen Ende angemessen zu gestalten. Anstatt die

Behandlung behutsam zu reduzieren, kommt es häufig zu abrupten Behandlungsendungen. Diese abrupten Übergänge können für die Patient*innen emotional belastend sein und den Erfolg der Therapie gefährden, da sie nicht die Möglichkeit haben, sich schrittweise auf die Entlassung und den Alltag vorzubereiten. Ein „*an- und abflutendes Modell*“ [221], das eine variable Behandlungsintensität entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Klient*innen erlaubt, könnte fachlich sinnvoller sein. Ein solches Modell würde es ermöglichen, die Behandlungsintensität sukzessiv zu erhöhen oder zu verringern, je nach den Fortschritten und aktuellem Bedarf. Dies könnte dazu beitragen, die Belastungen für Familien zu reduzieren und die Patient*innen auf ihrem Weg zur Selbstständigkeit besser zu unterstützen.

Personelle Ressourcen

Die Implementierung der StäB in der Psychiatrie steht vor einer Vielzahl an Herausforderungen, die hauptsächlich auf die begrenzte Verfügbarkeit von Fachärzt*innen und den Mangel an personellen Ressourcen zurückzuführen sind. Diese Faktoren beeinträchtigen die Qualität und Effektivität der Behandlung erheblich. Die personellen Ressourcen sind oft unzureichend verteilt. Die geringen Stellenanteile einzelner Mitarbeiter*innen erschweren die Kontinuität in der Beziehungsarbeit, was insbesondere für Patient*innen, die eine intensive und vertrauensvolle Beziehung zu ihren Behandelnden benötigen, problematisch ist. Diese Kontinuität ist entscheidend, um den therapeutischen Fortschritt zu unterstützen und ein stabiles Vertrauensverhältnis aufzubauen. Trotz dieser Herausforderungen gibt es Möglichkeiten, die Probleme zu adressieren und die Umsetzung der StäB zu verbessern. Eine gezielte Verbesserung der personellen Ressourcen und die Erhöhung der Stellenanteile könnten ebenfalls zur Kontinuität und Qualität der therapeutischen Beziehungen beitragen. Um den Mitarbeiter*innen die nötigen Fähigkeiten zu vermitteln und sie in ihrem neuen Arbeitsumfeld zu unterstützen, könnten Schulungsprogramme und regelmäßige Supervisionen hilfreich sein. Diese würden nicht nur die fachlichen Kompetenzen stärken, sondern auch die Teamdynamik fördern sowie den Austausch unter den Fachkräften ausbauen.

[221] I4 Z. 219 – 228, siehe Kapitel 8.6.2. in vorliegender Arbeit)

Hürden StäB Ausbau

Die Implementierung der StäB in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sieht sich mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert, die sowohl finanzieller als auch struktureller Natur sind. Diese Barrieren müssen behoben werden, um die Qualität und Zugänglichkeit der psychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche zu verbessern. Ein wesentliches Hindernis ist der Widerstand seitens der Krankenkassen, die dazu neigen, eine angemessene Finanzierung der StäB nicht zu gewährleisten. Die Unsicherheit in der finanziellen Unterstützung hat nicht nur Auswirkungen auf die Planung und Durchführung von StäB, sondern auch auf das Vertrauen der Kliniken in die Nachhaltigkeit dieses Behandlungsmodells. Die Anforderungen an die Struktur und Konzeption von StäB sind für viele Einrichtungen herausfordernd. Um eine kontinuierliche Behandlung sicherzustellen, müssen die Kliniken die Struktur so anpassen, dass sie an allen Tagen der Woche Personal bereitstellen können, was zusätzliche Logistik und Planung erfordert. Die Notwendigkeit, Fahrzeuge für die Mobilität von Patient*innen bereitzustellen, bringt zusätzliche organisatorische Herausforderungen mit sich. Ein zentrales Problem stellt die Personalgewinnung dar. Viele Kliniken stehen bereits vor der Herausforderung, ausreichend Personal für die stationäre Versorgung zu finden. Zusätzliche Anforderungen durch StäB können als Überforderung wahrgenommen werden, was die Rekrutierung und Bindung von Fachkräften weiter erschwert. Zudem besteht die Befürchtung, dass bestehendes Personal von den Stationen abwandern könnte, was die Situation zusätzlich kompliziert. Trotz dieser Herausforderungen sehen viele Mitarbeiter*innen in StäB auch eine Chance zur fachlichen Weiterentwicklung und zur Erschließung neuer Tätigkeitsfelder, was als positiver Aspekt in die Diskussion um die Implementierung einfließt. Ein weiteres Hindernis sind die hohen Vorlaufkosten, die mit der Einführung von StäB verbunden sind. Die Unsicherheit über die Kostenübernahme durch die Krankenkassen führt dazu, dass Kliniken zögern, in die notwendige Infrastruktur und Schulung von Personal zu investieren. Trotz der zahlreichen Herausforderungen gibt es bereits Kliniken, die StäB erfolgreich umsetzen. Es zeigt sich, dass der Aufbau eines solchen Angebots erheblichen Vorlauf und spezifische Erfahrungen erfordert. Erfolgreiche Umsetzungen belegen, dass StäB nicht nur die Behandlung optimieren, sondern auch neue Patient*innengruppen erreichen kann. Befürworter*innen plädieren dafür, StäB als sinnvolle Ergänzung zum bestehenden stationären Angebot zu etablieren, um die Versorgungslandschaft insgesamt zu verbessern. Die Möglichkeit, eine

zielgruppenspezifischere Versorgung zu schaffen und den Zugang für Patient*innen zu erleichtern, stellt einen wesentlichen Fortschritt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dar.

Gesellschaftliches Bewusstsein

Die Interviewpartner*innen machen deutlich, dass es eine dringende Notwendigkeit gibt, das soziale Verständnis und die Aufklärung über psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Diese Sensibilisierung ist entscheidend, um Stigmatisierung zu reduzieren und eine offene, unterstützende Umgebung für betroffene Familien zu schaffen. Dabei betonen die Befragten, dass nicht nur Therapeut*innen, sondern auch das soziale Umfeld der Patient*innen – einschließlich Familie, Freund*innen und Schulen – eine zentrale Rolle bei der Früherkennung und Unterstützung spielen sollte. Das Konzept der sozialraumorientierten Behandlung wird als vielversprechend betrachtet, da es darauf abzielt, das familiäre und soziale Umfeld der Patient*innen aktiv in den Heilungsprozess zu integrieren. StäB ermöglicht es, therapeutische Angebote näher am Lebensort der Patient*innen anzubieten, wodurch der Zugang zu wichtigen Ressourcen und Unterstützung im sozialen Umfeld gefördert wird. Durch die Einbindung unterschiedlicher Akteure (z.B. Schule, Jugendhilfe, soziale Dienste) in den Behandlungsprozess können Synergien geschaffen werden, die eine umfassendere Unterstützung für die Klient*innen bieten. Um die Effizienz der StäB-Teams zu maximieren und den Zeitaufwand für Wegzeiten zu minimieren, ist es notwendig, genügend Standorte zu schaffen, von denen aus diese Teams agieren können. Hierbei sollte auf eine strategische Planung geachtet werden, um die Erreichbarkeit für betroffene Familien zu gewährleisten. Es ist entscheidend, dass die notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen bereitgestellt werden, um die Initiativen zur sozialen Raumorientierung umzusetzen. Eine erfolgreiche Umsetzung erfordert eine enge Kooperation zwischen verschiedenen Fachdisziplinen. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist essenziell, um umfassende Unterstützungsangebote zu gewährleisten, die den vielfältigen Bedürfnissen der jungen Patient*innen gerecht werden.

Finanzierung

Die Kapitalbeschaffung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein zentrales Anliegen, das viele Kliniken vor erhebliche Herausforderungen stellt. Dieser Bereich der medizinischen Versorgung kämpft nicht nur mit strukturellen und konzeptionellen Fragen, sondern auch mit komplexen finanziellen Bedingungen, die oft nicht transparent oder ausreichend sind. Ein erhebliches Problem ist die ungleiche und fragmentierte Finanzierung, die durch die Notwendigkeit individueller Verhandlungen mit den Krankenkassen entsteht. Kliniken sind gezwungen, für jedes Angebot individuelle Absprachen hinsichtlich der Finanzierung zu treffen. Dies führt dazu, dass einige Einrichtungen nicht in der Lage sind, ihre Angebote zu starten, da sie sich nicht mit den Krankenkassen auf angemessene Konditionen einigen können. Kliniken, die nicht über die nötigen Ressourcen oder das Fachwissen verfügen, um die Verhandlungen durchzuführen, bleiben häufig in der Entwicklung hinterher. Um eine gerechte und effektive Versorgung zu gewährleisten, ist eine größere Transparenz hinsichtlich der Finanzierung erforderlich. Eine klare Kommunikation über die finanziellen Rahmenbedingungen würde es allen Kliniken ermöglichen, den Bedarf und die Möglichkeiten besser einzuschätzen. Somit könnte eine einheitliche Grundlage geschaffen werden, die es allen Einrichtungen erlaubt, unter ähnlichen Bedingungen zu arbeiten. Eine Standardisierung der Finanzierungsbedingungen würde den Wettbewerb unter den Kliniken fairer gestalten und die Qualität der Versorgung insgesamt verbessern. Trotz politischer Forderungen nach einer verstärkten ambulanten und aufsuchenden Versorgung ist die tatsächliche Finanzierung häufig unzureichend. Kliniken fühlen sich dadurch in ihrer Fähigkeit, neue Versorgungsformen zu initiieren und zu finanzieren, stark eingeschränkt. Eine langfristige und angemessene Finanzierung, die die gesellschaftlichen Anforderungen an die psychiatrische Versorgung abbildet, wäre für alle Beteiligten wünschenswert. Sie könnte nicht nur die Qualität und Zugänglichkeit der Versorgung erhöhen, sondern auch dazu beitragen, den Stigmatisierungsdruck auf die Betroffenen zu verringern.

Politik

Die Förderung der Angebote und Konzepte der Kinder- und Jugendhilfe ist von entscheidender Bedeutung, um betroffenen Familien die notwendige Unterstützung zu bieten. Dies erfordert gemeinsame Anstrengungen zur Information aller relevanten Stakeholder, darunter Ärzt*innen, Jugendämter und Kooperationspartner, um ein umfassendes Verständnis der verfügbaren Angebote zu gewährleisten. Ein zentrales Anliegen des Gesundheitssystems besteht darin, die begrenzten Ressourcen zielgerichtet einzusetzen. Hierbei stehen beziehungs- und personenbasierte Ansätze, wie das Konzept der StäB, häufig in Konkurrenz zu apparativ-technologischen Methoden. Der Fokus auf kontaktbasierte Medizin muss in der gesundheitspolitischen Diskussion hervorgehoben werden. Es ist wichtig, Entscheidungsträger*innen von der Notwendigkeit der Integration dieser Ansätze in die Versorgung zu überzeugen, da sie oft diejenigen Familien erreichen, die unterversorgt oder marginalisiert sind. Daten und Erfahrungsberichte, die den sozialen und gesundheitlichen Mehrwert der StäB-Angebote belegen, sind essenziell, um die notwendigen finanziellen Mittel und politischen Unterstützung zu sichern. Ein klar definierter Nutzen trägt dazu bei, die Relevanz dieser Formen der Versorgung in der politischen Agenda zu etablieren. Um die Versorgung kontinuierlich zu verbessern, muss der Wandel von stationären hin zu ambulanten und aufsuchenden Versorgungsansätzen konsequent vorangetrieben werden. Der Umstieg auf neue Versorgungsmodelle erfordert Mut und die Bereitschaft, innovative Konzepte zu erproben. Es ist wichtig, räumliche und teils auch finanzielle Hürden abzubauen, um flexibel auf die Bedürfnisse der Familien eingehen zu können. Pilotprojekte und Erfahrungsberichte aus erfolgreichen Implementierungen von StäB können als Grundlage dienen, um best-practices zu identifizieren und auf andere Institutionen zu übertragen. Die personelle Ausstattung stellt eine der größten Herausforderungen für die Umsetzung von Zukunftsvorstellungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dar. In vielen Kliniken und Versorgungseinrichtungen wird die Notwendigkeit deutlich, qualifiziertes medizinisches und therapeutisches Personal zu gewinnen, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen. Insbesondere in Regionen wie Rheinland-Pfalz, Sachsen und Sachsen-Anhalt sind die Schwierigkeiten bei der Personalbeschaffung akut. Die KJP leidet unter einem spürbaren Mangel an Ärzt*innen und qualifiziertem Fachpersonal. Dies beeinträchtigt nicht nur die Versorgungsqualität, sondern führt auch zu einem erhöhten Stress- und Arbeitsdruck für vorhandenes Personal. Besonders in ländlichen Gebieten und weniger gesuchten Regionen sind die Rekrutierungschancen oft eingeschränkt. Hier müssen Anreize geschaffen werden, um

Fachkräfte in diesen Regionen zu halten und neue Talente zu gewinnen. Die Verhandlungen über die Finanzierung der benötigten Stellen sind oft herausfordernd. Ohne eine adäquate Finanzierung, die die Einstellung neuer Mitarbeiter*innen ermöglicht, bleibt die Versorgungsqualität gefährdet. Es bedarf klarer politischer Unterstützung zur Schaffung von geeigneten Rahmenbedingungen. Der Wechsel hin zu einem stärker ambulant ausgerichteten Versorgungssystem ist nicht nur aus gesundheitspolitischer Sicht sinnvoll, sondern auch volkswirtschaftlich vorteilhaft. Weniger stationäre Aufenthalte können die Kosten im Gesundheitssystem senken und Ressourcen effizienter nutzen. Die Versorgung im vertrauten sozialen Umfeld der Kinder und Jugendlichen fördert nicht nur die therapeutische Effizienz, sondern auch die sozialen Beziehungen und das familiäre Leben. Dies ist entscheidend für die langfristige Stabilität und das Wohlbefinden der jungen Patient*innen.

Behandlung

Die Diskussion über die Gestaltung von Prozessen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigt einen klaren Trend hin zu flexibleren und individuelleren Ansätzen. Die Gesprächsteilnehmenden bringen überzeugende Argumente für die Implementierung und Ausweitung des Konzepts der StäB vor, welches sich als zukunftsweisend erweist. Die Option, telefonische Kontakte abzurechnen, wird als sinnvoll erachtet. Dies würde nicht nur eine flexiblere Kontaktaufnahme ermöglichen, sondern auch eine effiziente Nutzung der Therapiezeit fördern. Viele Patient*innen fühlen sich in ihrem häuslichen Umfeld wohler und könnten so intensiveren Zugang zu therapeutischen Gesprächen erhalten, was den Behandlungserfolg begünstigt. Es wird betont, dass das häusliche Umfeld stärker in die Therapie integriert werden sollte. Ein solcher Ansatz fördert nicht nur das Verständnis der Betroffenen für ihre Erkrankung, sondern verankert auch die Therapie im vertrauten Kontext. Studien zeigen, dass eine starke Einbindung des sozialen Umfelds die langfristige Stabilität der Patient*innen erhöht und Rückfälle verringern kann. Die Teilnehmenden sind von den Konzepten der StäB überzeugt und sehen darin eine vielversprechende Alternative zur stationären Behandlung. Besonders Patient*innen, die eine stationäre Behandlung ablehnen oder für die eine solche nicht in Frage kommt, könnten von dieser flexiblen Form der Therapie erheblich profitieren. Mit der effektiven Implementierung von StäB könnte mittelfristig bis zu 30% der bisher stationär durchgeführten Behandlungen in ein ambulantes Format überführt werden. Dies zeigt das erhebliche Potenzial der StäB, sowohl aus Patient*innensicht als auch aus Sicht der Versorgungsstruktur. Obwohl die Teilnehmenden die Vorteile der StäB erkennen, wird auch klargestellt, dass nicht alle Patient*innen in ein ambulantes Setting transferiert werden können. Ein Teil der Behandlungen wird weiterhin stationär erfolgen müssen. Daher ist es wichtig, eine ausgewogene Versorgungsstruktur zu schaffen, die beide Ansätze integriert. Um die Wirksamkeit und Akzeptanz der StäB sicherzustellen, ist eine gezielte Schulung und Weiterbildung des Personals sowie die Entwicklung geeigneter Rahmenbedingungen erforderlich. Auch die politische Unterstützung für die Implementierung dieser Konzepte ist entscheidend.

10. Fazit

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Implementierung von StäB in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht nur von fachlichen Aspekten abhängt, sondern stark von organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen beeinflusst wird. Kliniken, die eine Implementierung von StäB erwägen, sollten die genannten Herausforderungen sorgfältig evaluieren und Lösungsansätze entwickeln, um die Erfolgschancen des Programms zu maximieren. Während die Flexibilität der Behandlungsdauer es den Kliniken ermöglicht, auf die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen einzugehen, stehen sie gleichzeitig unter dem Druck der Krankenkassen, eine planbare und standardisierte Behandlung zu gewährleisten. Dieses Spannungsfeld erfordert eine kritische Auseinandersetzung mit den bestehenden Rahmenbedingungen und eine kontinuierliche Evaluation der Behandlungsansätze. Letztlich könnte eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Kliniken, Krankenkassen und Gesundheitspolitik dazu beitragen, die Effektivität der StäB zu optimieren und eine flächendeckende Behandlung auf hohem Niveau zu gewährleisten. Zukünftige Forschungsschwerpunkte sollten sich daher verstärkt mit der Wirksamkeit und der Patient*innenperspektive von StäB beschäftigen, um evidenzbasierte Handlungsansätze für die Weiterentwicklung dieser Therapieform zu erarbeiten. Unter optimalen Rahmenbedingungen können StäB in Zukunft einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungslandschaft für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen leisten.

Insgesamt zeigte sich, dass die personelle Ausstattung und die Fallverantwortung in der StäB von entscheidender Bedeutung für eine ganzheitliche psychiatrische Versorgung sind. Das multiprofessionelle Team, die strukturierte Fallverantwortung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit wirken synergetisch und tragen zu einer effektiven Behandlung psychischer Erkrankungen bei. Die Orientierung an den Vorgaben der PPP-RL sowie die Motivation und Eignung des Personals sind Schlüsselfaktoren, die den Erfolg dieses Ansatzes maßgeblich beeinflussen. Um qualifiziertes Personal zu gewinnen und langfristig zu halten, sollten Anreizsysteme etabliert werden, die sowohl finanzielle als auch berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten bieten. Kooperationen mit Universitäten und Fachhochschulen können dabei helfen, Praktika und Weiterbildungsangebote zu fördern. Zudem könne die Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen, die z. B. flexible Arbeitszeiten, günstige Arbeitsumgebungen oder psychologische Unterstützung für Mitarbeiter beinhalten, die Attraktivität der KJP erhöhen. Politisch könnte der Gesetzgeber

z.B. durch entsprechende politische Entscheidungen und Gesetzesänderungen die strukturellen Bedingungen der KJP verbessern. Hierzu zählen erweiterte Förderprogramme, die spezifische Einrichtungen unterstützen, sowie eine bessere Vergütung für KJP-Ärzt*innen und Fachkräfte. Ebenso könnte eine Weiterentwicklung des Bezugsbetreuer*innensystems und der interdisziplinären Zusammenarbeit in der klinischen Praxis zukünftig wertvolle Beiträge zur Optimierung der StäB leisten.

Die Diskussion um die Finanzierung der StäB ist vielschichtig und erfordert einen umfassenden Dialog zwischen Klinikleitungen, Behandler*innen, Kostenträgern und anderen Stakeholdern. Um eine hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung psychisch erkrankter Menschen sicherzustellen, müssen Modelle gefunden werden, die Planungssicherheit bieten und gleichzeitig den spezifischen Anforderungen der Behandlung gerecht werden. Nur durch konstruktive Zusammenarbeit und Offenheit für neue Ansätze kann ein zukunftsfähiges Finanzierungssystem entwickelt werden, das den Herausforderungen in der psychiatrischen Versorgung gewachsen ist. Insgesamt ist die Finanzierung der StäB in der Psychiatrie in Deutschland von bedeutenden Unterschieden geprägt. Während Baden-Württemberg mit einem ausgewogenen Modell aus Pauschalfinanzierung und leistungsorientierter Vergütung versucht, die Versorgung zu optimieren, gibt es in anderen Bundesländern erhebliche Herausforderungen. Um eine hochwertige psychiatrische Versorgung sicherzustellen, sind transparente Verhandlungen mit Krankenkassen und eine fortlaufende Diskussion um geeignete Finanzierungsmodelle unabdingbar. Die Vernetzung und der Austausch zwischen Kliniken sind wichtige Schritte zur Vermeidung von Unterfinanzierung und Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen in der psychischen Gesundheitsversorgung.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Umsetzung der aufsuchenden Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor einigen strukturellen Herausforderungen steht, für die teilweise noch Lösungen gefunden werden müssen. Der Wunsch nach mehr Flexibilität und Praxisnähe bei den Rahmenbedingungen der StäB ist ein zentraler Punkt, um die Qualität der psychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche zu verbessern.
Um die genannten Schwächen zu adressieren, bedarf es einer umfassenden Überprüfung und Anpassung der finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen, um eine individualisierte und bedarfsgerechte Behandlung sicherzustellen.

Insgesamt ist es von maßgeblicher Bedeutung, dass die Anforderungen an die Behandlungsintensität in der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen hinterfragt werden. Es bedarf einer Neugestaltung der Behandlungsansätze, die sowohl die Notwendigkeit einer intensiven Unterstützung als auch die Anliegen und Belastungen der Familien berücksichtigt. Durch ein flexibles, anpassungsfähiges und an den individuellen Bedürfnissen orientiertes Behandlungsmodell können sowohl die Lebensqualität der Patient*innen als auch die der sie unterstützenden Familien verbessert werden. Letztlich ist es entscheidend, sowohl die Bedürfnisse der Patient*innen als auch die der Mitarbeiter*innen in den Fokus zu rücken, um eine effektive und belastbare Behandlungsstruktur zu schaffen.

Konzepte wie die StäB bieten innovative Ansätze, die es ermöglichen, therapeutische Angebote näher an den Lebensrealitäten der Patient*innen zu gestalten. Die Umsetzung dieser Konzepte erfordert jedoch umfassende Planungen und Ressourcen, um einen flächendeckenden Zugang zu gewährleisten und die Qualität der Unterstützung nachhaltig zu verbessern. Die Verbesserung der Angebote und Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe ist eine multidimensionale Herausforderung, die umfassende Maßnahmen erfordert. Informationskampagnen, gesundheitspolitische Strategien und eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten können dazu beitragen, innovative Ansätze wie die StäB bekannter zu machen und deren Akzeptanz zu fördern.

Letztendlich ist ein gemeinsames Streben nach einer transformierten und besser ausgestatteten Gesundheitsversorgung erforderlich, um den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden. Gleichzeitig sollten die politischen Akteur*innen aktiv darauf hinwirken, dass die nötigen finanziellen Mittel bereitgestellt werden, um den Anforderungen an eine umfassende und effektive psychiatrische Versorgung gerecht zu werden. Die personelle Ausstattung der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein zentrales Element für die Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung. Um die Herausforderungen der Personalbeschaffung zu bewältigen und eine aufsuchende Behandlung auszubauen, bedarf es einer strategischen Herangehensweise, die sowohl politische, wirtschaftliche als auch soziale Aspekte berücksichtigt. Durch die gezielte Förderung von Anreizen, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und die Sensibilisierung der Entscheidungsträger kann die KJP gestärkt werden – zum Wohle der jungen Patient*innen und ihrer Familien.

Die Gesprächsteilnehmenden identifizieren ein starkes Potenzial für eine innovative und patientenorientierte Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Flexibilisierung der Behandlungsintensität, der Einbezug des häuslichen Umfelds und das Konzept der StäB könnten signifikant zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen. Mit einem klaren Fokus auf die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen und der Schaffung einer geeigneten Infrastruktur könnte die Zukunft der Kinder- und Jugendpsychiatrie revolutioniert werden.

Literaturverzeichnis

Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz (2015). Unter Mitarbeit von Jan Kruse. 2., überarb. und erg. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).

Bechdolf, Andreas; Bahling-Schindowski, Felix; Nikolaidis, Konstantinos; Kleinschmidt, Martin; Weinmann, Stefan; Baumgardt, Johanna (2022): Evidenz zu aufsuchender Behandlung bei Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz eine systematische Übersichtsarbeit. In: *Der Nervenarzt* 93 (5), S. 488–498. DOI: 10.1007/s00115-021-01143-8.

Becker, Thomas; Hoffmann, Holger; Puschner, Bernd; Weinmann, Stefan (2008): Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Unter Mitarbeit von Silvia Krumm und Florian Steger. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag (Konzepte und Methoden der klinischen Psychiatrie).

Blum, Karl; Löffert, Sabine; Offermanns, Matthias; Steffen, Petra (2019): Psychiatrie Barometer. Umfrage 2018/2019. Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Deutsches Krankenhausinstitut. Düsseldorf. Online verfügbar unter https://www.dki.de/sites/default/files/2019-12/Psychiatrie%20Barometer%202018_2019_final_0.pdf, zuletzt geprüft am 23.04.2024.

Boege, Isabel; Schepker, Renate; Renner, Tobias; Kölch, Michael; DGKJP Vorstand (2022): Stellungnahme der DGKJP zum „Gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen gemäß § 115d Absatz 4 SGBV“. Unter Mitarbeit von Isabel Boege, Renate Schepker, Tobias Renner, Michael Kölch und DGKJP Vorstand. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendlichen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. DGKJP. Berlin. Online verfügbar unter https://www.dgkjp.de/wp-content/uploads/StaeB-Stellungnahme-DGKJP-zum-SV-Bericht.pdf, zuletzt geprüft am 23.04.2024.

Böge, Isabel; Schepker, Renate; Fegert, Jörg M. (2019): Aufsuchende Behandlungsformen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche: Alternativen zur stationären

Aufnahme. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 62 (2), S. 195–204. DOI: 10.1007/s00103-018-2874-0.

Bogner (2014): Interviews mit Experten: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Bundes Psychotherapeuten Kammer (2020): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Herausforderungen für die Sozial- und Bildungspolitik. Hg. v. Bundes Psychotherapeuten Kammer. Bundes Psychotherapeuten Kammer. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20070131_stn_bptk_psychische_gesundheit_kinder_jugendliche-1.pdf, zuletzt geprüft am 24.04.2024.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hg.) (2022): Operationen- und Prozedurenschlüssel Version 2022, Kapitel 9, Ergänzende Maßnahmen. Andere Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Unter Mitarbeit von Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Online verfügbar unter https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/block-9-80…9-80.htm#code9-801, zuletzt aktualisiert am 22.10.2021, zuletzt geprüft am 23.04.2024.

Bundesministerium der Justiz: Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen. PsychVVG. Fundstelle: Bundesgesetzeblatt 2016 (63), S. 2986–2997. Online verfügbar unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*%5b@attr_id=%27bgbl116s2986.pdf%27%5d#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl116s2986.pdf%27%5D__1682253277946, zuletzt geprüft am 23.04.2024.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (2023): Basisdaten - Psychische Erkrankungen. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. Berlin. Online verfügbar unter https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/93a818859031c45661aa7f6d298d6fecc6de45e9/20230104_Factsheet_Kennzahlen.pdf, zuletzt geprüft am 24.04.2024.

Deutsche Krankenhausgesellschaft: Ergänzende Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum „Gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen gemäß § 115d Absatz 4 SGB V“. Hg. v. Bundesverband der Krankenhausträger in der Bundesrepublik Deutschland. Online verfügbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2022-03-29_DKG_Stellungnahme_StaeB-Bericht.pdf, zuletzt geprüft am 23.04.2024.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hg.) (2017): 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. Unter Mitarbeit von GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenkasse und Deutsche Krankenhausgesellschaft. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Online verfügbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2017-08-01_VEREINBARUNG_STATIONSAEQUIVALENTE_BEHANDLUNG.pdf, zuletzt geprüft am 23.04.2024.

Deutsche Krankenhausgesellschaft; Verband der Privaten Krankenkasse; GKV-Spitzenverband: Gemeinsamer Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen gemäß §115d Absatz 4 SGB V. Hg. v. Bundesverband der Krankenhausträger in der Bundesrepublik Deutschland. Online verfügbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2021-12-23_BERICHT_UEBER_DIE_AUSWIRKUNGEN_DER_STATIONSAEQUIVALENTEN_BEHANDLUNG.pdf, zuletzt geprüft am 23.04.2024.

Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 (2018). Unter der Mitarbeit von Falkai, Peter; Wittchen, Hans-Ulrich; Döpfner, Manfred. 2., korrigierte Auflage. [Göttingen; Bern; Wien; u.a.: Hogrefe.

Esser, Günter (Hg.) (2015): Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Faulbaum-Decke, Wolfgang; Zechert, Christian (Hg.) (2010): Ambulant statt stationär. Psychiatrische Behandlung durch integrierte Versorgung. Unter Mitarbeit von Wolfgang Faulbaum-Decke und Christian Zechert. 1., Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag (Fachwissen).

Fegert, Jörg M. (Hg.) (2014): Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. Unter Mitarbeit von Michael Kölch und Ute Ziegenhain. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz).

Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2012): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwissenschaften (Lehrbuch). Online verfügbar unter http://d-nb.info/1002141753/04.

Gottlob, Melanie; Holzke, Martin; Längle, Gerhard (2019): Psychisch Kranke zu Hause versorgen. Handbuch zur Stationsäquivalenten Behandlung. Unter Mitarbeit von Dieter Grupp, Raoul Borbé und Isabel Böge. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Gottlob, Melanie; Holzke, Martin; Längle, Gerhard; Raschmann, Svenja (2022): Psychisch Kranke zu Hause versorgen. Handbuch zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB). Unter Mitarbeit von Johanna Baumgartner, Andreas Bechdolf, Isabel Böge, Raoul Borbé, Dieter Grupp und Rainer Höflacher. 2. erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Greve, Nils (Hg.) (2021): Psychiatrische Krisenintervention zuhause. Das Praxisbuch zu StäB & Co. Unter Mitarbeit von Stefan Weinmann und Andreas Bechdolf. 1. Auflage 2021. Köln: Psychiatrie Verlag (Fachwissen).

Gühne, Uta; Weinmann, Stefan; G. Riedel-Heller, Steffi; Becker, Thomas (Hg.) (2019): S3-Leitline psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3. [Place of publication not identified]: Springer.

Hoyer, Jürgen; Knappe, Susanne (Hg.) (2020): Klinische Psychologie & Psychotherapie. Mit…126 Tabellen. 3., überarb. und erw. Aufl. Berlin [u.a.]: Springer (Springer-Lehrbuch).

Illy, Daniel (2024): Praxishandbuch Kinder zuhause psychiatrisch behandeln. Stationsäquivalente Behandlung (StäB) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie anhand von 21 Fällen. München: Elsevier Health Sciences; Urban & Fischer.

Klocke, Luisa; Brieger, Peter; Menzel, Susanne; Ketisch, Eva; Hamann, Johannes (2022): Stationsäquivalente Behandlung: Ein Überblick zum Status quo. In: *Der Nervenarzt* 93 (5), S. 520–528. DOI: 10.1007/s00115-022-01272-8.

Kölch, Michael (2020): Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 3. Auflage. Berlin: Springer. Online verfügbar unter https://livivo.idm.oclc.org/login?url=https://ebookcentral.proquest.com/lib/zbmed-ebooks/detail.action?docID=6202725.

Kölking, Heinz (Hg.) (2007): DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft. Unter Mitarbeit von Horst Defren, Frank Dünnwald, Claus Eppmann, Michael Greiling, Fokko ter Haseborg, Margit Johne et al. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Kohlhammer Krankenhaus).

König, Joachim (Hg.) (2016): Praxisforschung in der Sozialen Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer (Grundwissen Soziale Arbeit, Band 18).

Kruse, Jan (2015): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Unter Mitarbeit von Christian Schmieder. 2., überarbeitete und ergänzte Aufl. Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden). Online verfügbar unter http://ebooks.ciando.com/book/index.cfm/bok_id/1826665.

Kuckartz, Udo (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3., durchgesehene Aufl. Weinheim, Bergstr: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).

Lamnek, Siegfried; Krell, Claudia (2016): Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Material. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.

Längle, Gerhard: Stellungnahme der Arbeitsgruppe StäB der DGPPN und der Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie und des ZfP Reichenau. zu der Veröffentlichung des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen e.V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V.

Unter Mitarbeit von AG StäB. Hg. v. DGPPN. DGPPN. Reutlingen. Online verfügbar unter https://www.zfp-web.de/fileadmin/zfp-web.de/news-und-media/pressemitteilungen/2022/stellungnahme_zum-staeB-bericht-von-DKG-und-GKV-an-das-BMG.pdf, zuletzt geprüft am 23.04.2024.

Mayring, Philipp (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Neuausgabe. Weinheim: Julius Beltz GmbH & Co. KG (Beltz Pädagogik).

Mayring, Philipp (2023): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Julius Beltz GmbH & Co. KG.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2016): Stellungnahme des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) psychosomatische Leistungen (PsychVVG). zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und. Hg. v. Medizinischer Dienst der Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Medizinischer Dienst der Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/459722/29092831fc3f3c87305ddbf458127ce9/18_14_0197-24-_PsychVVG_MDS-data.pdf, zuletzt geprüft am 23.04.2024.

Misoch, Sabina (2019): Qualitative Interviews. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Berlin: De Gruyter Oldenbourg (De Gruyter Studium). Online verfügbar unter https://www.degruyter.com/isbn/9783110545982.

Raschmann, Svenja; Götz, Eva; Hirschek, Denis; Längle, Gerhard (2022): StäB – Wie bewerten Patientinnen und Patienten die neue Behandlungsform? In: *Psychiatrische Praxis* 49 (1), S. 46–50. DOI: 10.1055/a-1393-1163.

Schepker, Renate; Kölch, Michael (2023): Die Versorgungslandschaft der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Deutschland: Strukturen, Herausforderungen und Entwicklungen. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 66 (7), S. 745–751. DOI: 10.1007/s00103-023-03724-1.

Schuler, Rolf (Hg.) (2022): Sozialgesetzbuch V. Gesetzliche Krankenversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Unter Mitarbeit von Andreas Hänlein. 6. Aufl. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.

Steinhausen, Hans-Christoph (2019): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 9., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München: Elsevier.

Voderholzer, Ulrich; Hohagen, Fritz (Hg.) (2022): Therapie psychischer Erkrankungen. State of the art 2021. 17. Auflage. München: Elsevier.

Anhang 1 – Mailanfrage Interviews

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Dorothea Weiss und ich schreibe derzeit meine Masterarbeit im berufsbegleitenden Master Sozialmanagement an der Evangelischen Hochschule Nürnberg. Im Zuge meiner beruflichen Tätigkeit und persönlicher Kontakte zur stationsäquivalenten Behandlung bin ich auf die strukturellen Schwierigkeiten vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendlichen-Behandlung gestoßen und möchte diese in meiner Masterarbeit genauer beleuchten. Da Sie im Rahmen der Kinder- und Jugendlichen StäB die Expertinnen und Experten sind, wende ich mich mit dem Anliegen eines Interviews an Sie. Das Interview wird online voraussichtlich im Mai 2024 mit einem zeitlichen Rahmen von 45 Minuten stattfinden und ich würde mich sehr freuen, wenn wir gemeinsam über die Möglichkeiten oder Lösungen nachdenken, u.a. zur adäquateren Finanzierung und den bisherigen Diskrepanzen.

Zeitlich bin ich flexibel und unter der 0152/ 044 75 395 gut zur Terminvereinbarung erreichbar.

Natürlich stehe ich Ihnen jederzeit gerne für Fragen oder Anmerkungen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Dorothea Weiss

Anhang 2 – Interviewleitfaden – Interview 1 - 6

1. Erläutern Sie zu Beginn bitte kurz Ihre Person und Ihre Stellung in der Klinik.

2. Wie lange führen Sie bereits StäB in der KJP durch?

3. Welche Hürden oder Stolpersteine gab/gibt es von der Idee bis zur Implementierung?

4. Durch die PPPL-Richtlinien wird ein multiprofessionelles Team vorgegeben, welche Berufsgruppen finden sich in Ihrem Team wieder?

5. Wie gestaltet sich die Fallführung?

6. Wie hoch ist die durchschnittliche Behandlungsdauer eines Patienten*in?

7. Was sind Faktoren, die zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen?

8. Was sind Ihre bisherigen Erfahrungen aus X Jahren StäB in der KJP in Bezug auf den Erfolg, um Drehtürpatienten*innen zu verhindern?

9. Sehen Sie Schwachstellen in der stationsäquivalenten Arbeit?

10. Welche Herausforderungen sehen Sie bzgl. der Finanzierungssituation?

    Gibt es für Ihr Bundesland spezielle Vereinbarungen?
    Gab es diesbezüglich in der letzten Zeit Veränderungen?
    Wie könnte ein adäquates Finanzierungssystem für die StäB aussehen?

11. Derzeit gibt es nur eine sehr geringe Anzahl an Kliniken die StäB in der KJP anbieten, woran denken Sie liegt dies?

12. Was würden Sie sich wünschen, um StäB in der Gesamtversorgung besser etablieren zu können?

Anhang 3 – Interviewleitfaden – Interview 7

1. Erläutern Sie zu Beginn bitte kurz Ihre Person und ihre Verbindung zu StäB.

2. Wie lange beschäftigen Sie sich bereits mit StäB grundsätzlich und im speziellen in der KJP?

3. Welche Hürden oder Stolpersteine sehen Sie von der Idee bis zur Implementierung von StäB?

4. Durch die PPPL-Richtlinien wird ein multiprofessionelles Team vorgegeben, welche Berufsgruppen sollten ihrer Meinung nach in dem Team vertreten sein?

5. Wie sollte sich die Fallführung gestalten?

6. Was sind Faktoren, die zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen?

7. Was sind Ihre bisherigen Erfahrungen aus X Jahren StäB in der KJP in Bezug auf den Erfolg, um Drehtürpatienten*innen zu verhindern?

8. Sehen Sie Schwachstellen in der stationsäquivalenten Arbeit?

9. Welche Herausforderungen sehen Sie bzgl. der Finanzierungssituation?

   Gibt es für Ihr Bundesland spezielle Vereinbarungen?
   Gab es diesbezüglich in der letzten Zeit Veränderungen?
   Wie könnte ein adäquates Finanzierungssystem für die StäB aussehen?

10. Derzeit gibt es nur eine sehr geringe Anzahl an Kliniken die StäB in der KJP anbieten, woran denken Sie liegt dies?

11. Was würden Sie sich wünschen, um StäB in der Gesamtversorgung besser etablieren zu können?

Anhang 4 – A-Priori- Kategoriensystem

Kategorie	**Kurze Beschreibung der Kategorie**
Umsetzung	Diese Kategorie umfasst alle Aussagen, die zur konkreten Umsetzung von StäB sowie der (zeitlichen) Ausgestaltung des Implementierungsprozesses getätigt werden.
Durchführung	Hierunter fallen alle Aussagen, die die konkrete Durchführung sowie die Behandlungsdauer betreffen.
StäB Teams	Diese Kategorie beinhaltet alle Aussagen zur Zusammensetzung der StäB Teams vor Ort sowie die konkrete individuelle Gestaltung der Fallverantwortlichkeit in den Teams.
Erfolge	In dieser Kategorie werden alle Aussagen gesammelt, die bezüglich Erfolgsfaktoren für eine erfolgreiche Behandlung getätigt werden, sowie zur Einordnung von StäB in einem übergreifenden Behandlungssetting und einer Messbarkeit von Erfolg.
Schwachstellen StäB	In dieser Kategorie werden alle Aussagen zusammengefasst, die als Schwierigkeiten und Hindernisse in der konkreten Arbeit benannt werden.
Herausforderungen bzgl. der Finanzierungssituation	Hierunter werden Aussagen zur individuellen Finanzierung und deren Herausforderungen, spezielle Vereinbarungen je Bundesland sowie Anregungen bzgl. eines adäquaten Systems gesammelt.
Hürden StäB Ausbau	Diese Kategorie umfasst alle Äußerungen zum derzeitigen mangelhaften flächendeckenden Ausbau von StäB in der Gesamtversorgung in Deutschland.
Zukunftsvorstellungen	In diese Kategorie fallen alle Aussagen zu Vorstellungen, Wünschen und Hoffnungen wie StäB besser in der Gesamtversorgung etabliert werden könnte.
Sonstiges	Relevante Inhalte, die keiner anderen Kategorie zugeordnet werden konnten, werden in dieser Kategorie zusammengefasst.

Anhang 5 – Induktive Kategorien

Kategorie	**Kurze Beschreibung der Kategorie**	
Umsetzung	Zeitliche Einordung im Behandlungsprozess	In dieser Kategorie werden Aussagen bezüglich der zeitlichen Einordung einer StäB Behandlung im Gesamtbehandlungsprozess gesammelt.
	Implementierung	In dieser Kategorie werden alle Äußerungen zusammengetragen, die sich auf die Umsetzung von StäB beziehen.
	Hürden Implementierung	In folgender Sparte werden die Herausforderungen im Verlauf der Implementierung gebündelt.
Durchführung	In diesem Bereich wird erörtert, seit wann die Institution tatsächlich StäB als Angebot bereitstellt. Sowie über die erfahrungsgemäße Behandlungsdauer in StäB zusammengetragen.	
Personelle Ausstattung	In dieser Kategorie sind Informationen zu den jeweiligen Berufsgruppen innerhalb einer StäB Behandlung gebündelt sowie die konkrete Gestaltung der Fallverantwortlichkeit.	
Erfolge	Erfolgsfaktoren	In dieser Rubrik werden alle Faktoren summiert, die für eine erfolgreiche Behandlung notwendig sind.
	Motivation für Veränderung	In dieser Gruppierung werden Äußerungen gesammelt, wie sich die Veränderungsmotivation und die familiären Rahmenbedingungen auf den Erfolg auswirkt.
	Verständnis von Erfolg	Diese Sektion umfasst alle Erklärungen wie Erfolg individuell definiert wird.
Finanzierungs-situation	PIA	In dieser Rubrik schließt Äußerungen hinsichtlich einer Veränderung des Vergütungssystems für die neue PIA in manchen Bundesländern ein.
	Adäquates Finanzierungssystem	Diese Gruppierung deckt Äußerungen ab die bzgl. eines adäquaten Finanzierungssystems getroffen wurden.
	Spezielle Vereinbarungen	In diesem Bereich wurden individuelle Vereinbarungen von Institutionen mit Kostenträgern zusammengetragen.
	Rahmenbedingungen	In dieser Kategorie werdend die gesetzlichen Rahmenbedingungen,

Schwachstellen StäB		welche als hinderlich für StäB empfunden werden, gebündelt.
	Organisatorischer Aufwand	Hierbei werden Informationen bezüglich des organisatorischen Aufwandes als Schwachstelle von StäB vereint.
	Behandlungsintensität	In dieser Rubrik werden Äußerungen hinsichtlich der hinderlichen Behandlungsflexibilität gebündelt.
	Verfügbarkeit	Diese Gruppierung beinhaltet Aussagen zur bedingten Verfügbarkeit für die breite Bevölkerung.
	Personelle Ressourcen	In diesem Bereich werden Behauptungen, dass die mangelnden personellen Ressourcen, als Schwachstelle identifiziert werden müsste.
Hürden StäB Ausbau	Diese Kategorie umfasst alle Äußerungen zum derzeitigen mangelhaften flächendeckenden Ausbau von StäB in der Gesamtversorgung in Deutschland.	
Entwicklungs-vorstellungen	Gesellschaftliches Bewusstsein	In dieser Kategorie werden Aussagen bezüglich einer gesellschaftlichen Zukunftsvision zusammengetragen.
	Finanzierung	Diese Rubrik beinhaltet Äußerungen wie eine künftige Finanzierung aussehen könnte.
	Politik	Diese Gruppierung bündelt Informationen zur gewünschten politischen Positionierung zu StäB.
	Personelle Ausstattung	Dieser Bereich schließt Wünsche zur zukünftigen personellen Entwicklung ein.
	Behandlung	In dieser Kategorie werden potenzielle Möglichkeiten einer alternativer Behandlungsmöglichkeiten zusammengetragen.
Sonstiges	Relevante Inhalte, die keiner anderen Kategorie zugeordnet werden konnten, werden in dieser Kategorie zusammengefasst.	

Anhang 6 – codierte Segmente

Farbe	Code	Dokumentname	Anfang	Ende
●	Durchführung	Interview 1 (I1)	6	6
●		Interview 1 (I1)	61	63
●		Interview 2 (I2)	8	9
●		Interview 2 (I2)	60	71
●		Interview 2 (I2)	73	87
●		Interview 3 (I3)	11	14
●		Interview 3 (I3)	102	105
●		Interview 3 (I3)	107	108
●		Interview 3 (I3)	108	110
●		Interview 3 (I3)	336	339
●		Interview 4 (I4)	14	22
●		Interview 4 (I4)	115	126
●		Interview 5 (I5)	7	9
●		Interview 5 (I5)	12	18
●		Interview 5 (I5)	91	94
●		Interview 6 (I6)	6	7
●		Interview 6 (I6)	8	10
●		Interview 6 (I6)	95	98
●		Interview 6 (I6)	101	107
●		Interview 7 (I7)	212	231
●	Erfolg > Erfolgsfaktoren	Interview 2 (I2)	126	140
●		Interview 3 (I3)	113	141
●		Interview 4 (I4)	129	137
●		Interview 4 (I4)	156	160
●		Interview 7 (I7)	128	153
●	Erfolg > Motivation und Umwelt	Interview 1 (I1)	70	76
●		Interview 2 (I2)	100	103
●		Interview 2 (I2)	103	116
●		Interview 3 (I3)	168	180
●		Interview 4 (I4)	146	156
●		Interview 5 (I5)	106	123
●		Interview 6 (I6)	110	114
●		Interview 6 (I6)	114	116
●	Erfolg > Verständnis von Erfolg	Interview 1 (I1)	80	82
●		Interview 1 (I1)	86	92
●		Interview 2 (I2)	144	156
●		Interview 3 (I3)	147	168
●		Interview 4 (I4)	167	181
●		Interview 5 (I5)	169	183
●	Finanzierungssituation > adäquates Finanzierungssystem	Interview 2 (I2)	257	264

●		Interview 3 (I3)	359	375
●		Interview 3 (I3)	392	397
●		Interview 4 (I4)	239	251
●		Interview 5 (I5)	206	217
●		Interview 5 (I5)	224	234
●		Interview 5 (I5)	234	236
●		Interview 5 (I5)	239	241
●		Interview 5 (I5)	270	272
●		Interview 6 (I6)	198	213
●		Interview 6 (I6)	237	243
●		Interview 7 (I7)	303	322
●	Finanzierungssituation > PIA	Interview 1 (I1)	111	116
●		Interview 1 (I1)	118	118
●		Interview 3 (I3)	375	388
●		Interview 5 (I5)	276	287
●		Interview 7 (I7)	368	394
●	Finanzierungssituation > spezielle Vereinbarungen	Interview 1 (I1)	147	151
●		Interview 2 (I2)	251	251
●		Interview 3 (I3)	314	333
●		Interview 3 (I3)	342	343
●		Interview 4 (I4)	255	272
●		Interview 5 (I5)	249	258
●		Interview 5 (I5)	262	267
●		Interview 6 (I6)	229	233
●		Interview 7 (I7)	263	278
●		Interview 7 (I7)	278	295
●	Hürden StäB Ausbau	Interview 1 (I1)	167	178
●		Interview 2 (I2)	268	296
●		Interview 3 (I3)	408	456
●		Interview 3 (I3)	466	470
●		Interview 3 (I3)	520	522
●		Interview 4 (I4)	276	290
●		Interview 4 (I4)	293	327
●		Interview 5 (I5)	294	306
●		Interview 5 (I5)	309	323
●		Interview 6 (I6)	270	292
●		Interview 7 (I7)	325	362
●	personelle Ausstattung und Fallverantwortung	Interview 1 (I1)	41	46
●		Interview 1 (I1)	49	58
●		Interview 1 (I1)	66	70
●		Interview 2 (I2)	34	45
●		Interview 2 (I2)	47	47
●		Interview 2 (I2)	51	57
●		Interview 3 (I3)	65	69

●		Interview 3 (I3)	72	80
●		Interview 3 (I3)	459	466
●		Interview 4 (I4)	66	97
●		Interview 4 (I4)	101	112
●		Interview 5 (I5)	43	46
●		Interview 5 (I5)	50	55
●		Interview 5 (I5)	58	69
●		Interview 5 (I5)	73	88
●		Interview 6 (I6)	59	69
●		Interview 6 (I6)	73	78
●		Interview 6 (I6)	83	92
●		Interview 6 (I6)	295	296
●		Interview 7 (I7)	90	110
●		Interview 7 (I7)	116	124
●	Schwachstellen StäB	Interview 3 (I3)	345	359
●		Interview 4 (I4)	137	145
●		Interview 7 (I7)	234	257
●		Interview 7 (I7)	297	298
●	Schwachstellen StäB > Behandlungsintensität	Interview 1 (I1)	120	129
●		Interview 2 (I2)	88	97
●		Interview 2 (I2)	168	184
●		Interview 4 (I4)	219	228
●	Schwachstellen StäB > personelle Ressourcen	Interview 1 (I1)	129	134
●		Interview 2 (I2)	184	205
●		Interview 3 (I3)	300	310
●		Interview 4 (I4)	216	219
●		Interview 5 (I5)	31	43
●		Interview 5 (I5)	326	333
●	Schwachstellen StäB > Rahmenbedingungen	Interview 1 (I1)	138	147
●		Interview 1 (I1)	154	158
●		Interview 1 (I1)	161	162
●		Interview 2 (I2)	159	168
●		Interview 2 (I2)	205	220
●		Interview 3 (I3)	198	246
●		Interview 3 (I3)	280	284
●		Interview 3 (I3)	287	298
●		Interview 3 (I3)	473	485
●		Interview 4 (I4)	228	236
●		Interview 5 (I5)	145	151
●		Interview 5 (I5)	185	197
●		Interview 6 (I6)	152	191
●		Interview 6 (I6)	243	266
●	Sonstiges	Interview 1 (I1)	3	4
●		Interview 1 (I1)	164	164

●		Interview 2 (I2)	3	5
●		Interview 2 (I2)	72	72
●		Interview 2 (I2)	122	123
●		Interview 2 (I2)	316	316
●		Interview 3 (I3)	3	9
●		Interview 3 (I3)	16	17
●		Interview 3 (I3)	60	60
●		Interview 3 (I3)	253	253
●		Interview 3 (I3)	341	342
●		Interview 3 (I3)	344	344
●		Interview 3 (I3)	399	401
●		Interview 3 (I3)	404	404
●		Interview 3 (I3)	470	473
●		Interview 3 (I3)	486	487
●		Interview 4 (I4)	3	10
●		Interview 4 (I4)	12	14
●		Interview 4 (I4)	43	43
●		Interview 4 (I4)	145	146
●		Interview 5 (I5)	3	7
●		Interview 5 (I5)	291	291
●		Interview 6 (I6)	3	6
●		Interview 6 (I6)	116	120
●		Interview 7 (I7)	3	26
●	Umsetzung	Interview 2 (I2)	225	231
●		Interview 4 (I4)	357	394
●		Interview 5 (I5)	125	132
●		Interview 6 (I6)	120	124
●		Interview 6 (I6)	302	318
●		Interview 7 (I7)	32	45
●	Umsetzung > Hürden Implementierung	Interview 1 (I1)	19	38
●		Interview 3 (I3)	20	58
●		Interview 3 (I3)	80	99
●		Interview 4 (I4)	47	62
●		Interview 5 (I5)	21	31
●		Interview 6 (I6)	14	24
●		Interview 6 (I6)	28	55
●	Umsetzung > Implementierung	Interview 1 (I1)	6	10
●		Interview 1 (I1)	12	15
●		Interview 2 (I2)	12	31
●		Interview 4 (I4)	26	39
●		Interview 5 (I5)	94	103
●		Interview 5 (I5)	243	245
●		Interview 7 (I7)	50	83

●	Umsetzung > zeitliche Einordung im Behandlungsprozess	Interview 1 (I1)	82	86
●		Interview 1 (I1)	96	109
●		Interview 3 (I3)	183	198
●		Interview 3 (I3)	247	252
●		Interview 3 (I3)	254	277
●		Interview 4 (I4)	186	213
●		Interview 5 (I5)	138	145
●		Interview 5 (I5)	151	164
●		Interview 6 (I6)	130	140
●		Interview 6 (I6)	145	149
●		Interview 7 (I7)	27	29
●		Interview 7 (I7)	159	206
●	Entwicklungsvorstellungen > Behandlung	Interview 1 (I1)	181	190
●		Interview 2 (I2)	302	313
●		Interview 3 (I3)	388	393
●		Interview 7 (I7)	413	423
●		Interview 7 (I7)	427	433
●		Interview 7 (I7)	437	440
●	Entwicklungsvorstellungen > Finanzierung	Interview 2 (I2)	236	248
●		Interview 3 (I3)	522	537
●		Interview 5 (I5)	201	208
●		Interview 5 (I5)	343	346
●		Interview 6 (I6)	220	225
●	Entwicklungsvorstellungen > gesellschaftliches Bewusstsein	Interview 5 (I5)	336	342
●		Interview 5 (I5)	346	360
●		Interview 6 (I6)	318	322
●		Interview 7 (I7)	433	437
●	Entwicklungsvorstellungen > personelle Ausstattung	Interview 3 (I3)	490	500
●		Interview 3 (I3)	520	522
●		Interview 7 (I7)	397	397
●		Interview 7 (I7)	399	403
●		Interview 7 (I7)	406	413
●	Entwicklungsvorstellungen > Politik	Interview 3 (I3)	500	520
●		Interview 4 (I4)	330	350
●		Interview 4 (I4)	350	357
●		Interview 6 (I6)	322	328
●		Interview 7 (I7)	403	405

Anhang 7 – Interview 1 (I1)

Disclaimer
Im Rahmen der Transkription wurden folgenden Transkriptionsmittel unterstützend verwendet:
(..) Sprechpausen (kürzer als 5 Sek.)
[…] Auslassung im Rahmen der Anonymisierung
[Anm. d. Verf. …] Hinweis bzgl. der Auslassung oder Hinzufügen von Informationen

Person 1: Erläutern Sie bitte zu Beginn kurz Ihre Person und die Stellung in der Klinik, in der Sie arbeiten.
Person 2: (...) Mein Name ist […] und ich bin die pflegerisch erzieherische Leitung von unserem StäB Kinder und Jugend in [Anm. d. Verf.… Baden-Württemberg].

Person 1: Okay. Wie lange führen Sie denn bereits StäB in der KJP durch?
Person 2: (...) Also in der Form, seit es offiziell StäB ist, seit 2007. Davor war es niederschwelliger. Also nicht mit den jetzigen StäB Kriterien, sondern ähm, genau. Damals hieß es noch Bezug. Da sind wir nach der Station. Also, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen, 1 bis 2 Termine die Woche zu den Familien gefahren und es gibt schon über zehn Jahre.

Person 1: Es waren dann über ambulante Leistungen vermutlich.
Person 2: Genau, genau. Das war so ein Projekt, eben um StäB zu etablieren. Das wurde auch eben wissenschaftlich begleitet und mit dem Ziel, eben die ambulante Versorgung besser zu machen. Und daraus ist dann StäB geworden. Also das Team mit kleineren Wechseln gibt es schon über zehn Jahre.

Person 1: Welche Hürden oder Stolpersteine gab es denn von der Idee StäB bis zur Implementierung bzw. von dem Vorläufer bis zum tatsächlichen Umsetzen in diesen StäB Kriterien?
Person 2: (...) Also wir hatten nicht damit gerechnet, dass es tatsächlich dann diese muss man schon sagen starren Kriterien dann sind wir hatten uns einfach auch erhofft, dass das es flexibler möglich ist in der Termingestaltung. Jetzt ist es ja so, dass es sieben Termine die Woche sein müssen, auch face-to-face, also keine Telefonkontakte, die erlaubt sind. (...) Ja, weil es einfach schon ein starres Konzept ist. Teilweise auch für die Familien, die dann am Wochenende.

Ja einfach auch mal eine Pause hätten oder zwischendrin. Das lässt das Konzept einfach in der Form nicht zu. Was auch immer Thema war, was uns begleitet hat, ist wie kommen die Informationen an die Personen, die es die in dem Fall arbeiten? Durch das, dass wir keine Übergabe haben, wie jetzt im stationären Bereich, wo man sich morgens einfach immer trifft. War so das Thema Kommunikation und eben Informationsfluss von Anfang an ein Thema, das uns so begleitet und wie man da gute Wege finden. Also momentan machen wir einfach dann viel über E-Mail oder eben über die Dokumentation. Aber es ist einfach so, dass die Menschen sich teilweise nur kurz sehen oder gar nicht so im Tagesablauf. Und dass da halt nichts verloren geht. Das ist so eine Herausforderung, oder wer hat auch so den Überblick, so den roten Faden in der Behandlung. Weil manchmal nimmt man sich so ein Thema der Woche vor, sage ich jetzt mal und dann beschäftigt die Familie was ganz anderes. Und da ist man da trotzdem. So einen roten Faden hat der, der da so durchläuft.

Person 1: Durch die PPL-Richtlinien wird ja ein multiprofessionelles Team vorgegeben. Welche Berufsgruppen finden sich denn bei Ihnen im Team wieder?
Person 2: (...) Also wir haben Jugend und Heimerzieher, einen Krankenpfleger, einen Heilpädagoginnen, eine Kunsttherapeutin, eine Psychologin und eben eine Ärztin. (...) Was wir auch noch haben ist ein Umwelt- und Erlebnistherapeut. Der macht bei uns so die Bewegungselemente Bogenschießen oder auch mal Hochseilgarten, aber auch einfach so Aktivierung draußen sein. Genau das sind so aktuell die Berufsgruppen.

Person 1: Wie gestaltet sich denn die Fallführung bei Ihnen? Also wer führt die Fälle oder den Fall im Speziellen?
Person 2: (...) Das ist bei uns eine Besonderheit, weil die Menschen aus dem Pflege und Erziehungsdienst auch die Fallführung haben. (...) Das gibt es ansonsten so nicht von anderen Kliniken, wenn ich das so richtig weiß. Also es gibt nicht die Trennung Klassisch, das ist jetzt der Therapeut und das ist die Pflege, sondern es ist tatsächlich dieses Multiprofessionelle und da haben eben auch die Krankenpfleger, oder Jugend und Heimerzieher die Fallführung. Die Kolleginnen haben alle eine Weiterbildung zum systemischen Berater oder systemischen Therapeuten oder sind langjährig in der Klinik tätig gewesene,

Fachpfleger. Genau das war auch was Neues für uns, aber die Chefärztin von damals hat uns das zugetraut und es hat sich für uns auch bewährt.

Person 1: Sehr schön. Das freut mich. Wie hoch ist denn die durchschnittliche Behandlungsdauer eines Patienten oder Patientin?
Person 2: Inzwischen sagen wir so 6 bis 8 Wochen. Also deshalb haben wir auch im Laufe der Jahre eher nach oben gesetzt. Am Anfang hatten wir so durchschnittlich vier Wochen, dann irgendwann sechs Wochen und jetzt haben wir eher so 6 bis 8.

Person 1: (...) Was sind denn so Faktoren, die zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen? Aus der Erfahrung?
Person 2: (...) Ne gute Beziehungsgestaltung mit der Familie. Ich glaube auch so die Haltung. (...) mit, mit der die Kolleginnen den Familien gegenübertreten. Also sehr wertschätzend, respektvoll, so als die Expertinnen für ihr Handeln und auch, dass wir uns bewusst sind, dass wir zu Gast in die Familie kommen. Also einfach nochmal so ein anderer Rahmen. Aber natürlich auch, dass die Familien gewillt sind mitzuarbeiten, dass alle in der Familie mitarbeiten, dass es nicht nur darum geht, das Kind muss jetzt was verändern oder wir arbeiten jetzt nur an dem Kind oder mit dem Kind, sondern auch, dass die Eltern in der Arbeit aktiv dabei sind. (...) Die, dass also der Fokus auf den Ressourcen und was klappt und wo können wir stärken und so wieder den Blickwinkel auf Lösungen richten und nicht nur auf das Defizitäre.

Person 1: (...) Was sind denn Ihre Erfahrungen aus doch einigen Jahren StäB in Bezug auf den Erfolg? Also woran messen Sie es? Wie kann man Drehtürpatienten vielleicht auch verhindern?
Person 2: (...) Das ist auch immer wieder eine Diskussion, die wir im Team führen, so was, war das jetzt eine erfolgreiche Behandlung oder war eben was ist Erfolg? Ich plädiere immer, so ein bisschen dazu zu sagen, wir sind einfach ein Baustein auf dem Weg des Patienten. Und auch wenn es vielleicht jetzt nicht offensichtlich eine riesige Veränderung bewirkt hat, so doch im Nachgang. Das hören wir auch immer wieder, dass es doch einfach für die Familien oder auch für die Patienten hilfreich war. (...) genau, das ist einfach schwierig zu messen, was Erfolg ist. Wenn man natürlich sagt, ein Schulvermeider, der das Ziel hatte,

er hat wieder einen Vollbesuch und schafft es dann nur drei Tage, war es dann nicht erfolgreich? Finde ich schwer zu sagen. Also ich denke eher, wir geben irgendwie was in die Familien rein oder die bekommen wieder so ein bisschen Handwerkszeug an die Hand. Methoden, ähm und dass ich das eher so im Nachgang zeigt, ob die Behandlung erfolgreich war, das ist jetzt meine Interpretation.

Person 1: Haben Sie damit mit Station bzw. mit der Ambulanz auch Kontakt, falls des Patienten wieder da vorstellig werden? Oder vermitteln sie dann weiter? Sollte noch mehr gebraucht werden?

Person 2: Mhh genau. Also wir haben auch in unserem Konzept verankert, dass wir die Patienten nachbetreuen, wenn sie keine Vorbehandler hatten oder keinen ambulanten Therapeuten übergangslos finden. Also dass wir auch noch mal so ein bisschen nach betreuen, bis sie dann bei einem ambulanten Therapeuten dann sind. Oder eben bei ihrem früheren Therapeuten oder Therapeutin wieder angebunden sind, dass wir da eine Nachsorge von maximal drei Monaten so anbieten. Wobei sich da jetzt vielleicht auch noch mal was ändert, weil wir neuerdings das bayerische Modell haben und noch mal anders die PIA-Termine abrechnen können. So für unsere Nachsorge da ist, es eventuell dann auch noch mal verlängert wird. Genau. Aber da sind wir auf jeden Fall im Kontakt und es ist auch während der Behandlung, dass man so nach circa drei vier Wochen schaut, okay, wie lange haben wir noch Was brauchen wir? Müssen wir Kontakt aufnehmen mit dem Jugendamt oder braucht es eine ambulante Nachsorge, dass man da dann einfach auch das den Eltern mitgeben, dass sie sich darum kümmern oder wir gegebenenfalls unterstützen

Person 1: Eine kurze Nachfrage. Was meinen Sie mit bayerischem Modell?

Person 2: (...) Bisher war es so, dass wir nur eine Pauschale bekommen haben, also pro Quartal. Und inzwischen gibt es eben das bayerische Modell, das heißt, jeder Termin kann sozusagen abgerechnet werden, inklusive Fahrtzeit. Das gab es eben bisher in Bayern nur. Und jetzt ist es in Baden-Württemberg oder eben in unserer Region auch verhandelt worden, dass die PIA einfach nur mal die Leistungen anders abrechnen kann.

Person 1: Okay, Danke.

Person 2: Also eine Verbesserung der der Ambulanz oder der ambulanten Arbeit.

Person 1: Sehen Sie denn auch Schwachstellen in der stationsäquivalenten Arbeit?
Person 2: (...) Also es gibt sicher Familien, denen es auch guttut, wenn einfach auch nur mal so eine Unterbrechung ist im System oder wo einfach vom Störungsbild die Kinder oder Jugendlichen auch mehr von der Station profitieren, wenn es eher so um soziale Kontakte geht. Oder auch noch mal eine ausführlichere Beobachtung, die intensiver ist. Also wir haben ja nur ein Blitzlicht. Wir gehen zwar jeden Tag rein, aber für ein bisschen mehr wie ne Stunde. Und wenn ein Kind natürlich 24 Stunden auf einer Station ist, sieht man da einfach auch noch mal anders drauf. Ähm. Genau. Also Schwachstelle. Ich glaube einfach, es gibt unterschiedliche Angebote und man muss einfach schauen, welche am besten zu dem Klienten passt. Was sicher eine Erschwernis ist, ist der Facharzt, weil es einfach wenig Ärzte gibt. Und das ist ja so der Standard ist. Der Facharzt muss den Jugendlichen aufnehmen, muss das häusliche Umfeld anschauen, wenn es zu ner Aufnahme kommt, diese Kontakte machen eben. Das ist einfach so von der Verfügbarkeit schon ein Knackpunkt, denke ich. Wo man schauen muss. Wo geht es hin in Zeiten des Fachkräftemangels und wie können wir das irgendwie gut lösen.

Person 1: (...) Welche Herausforderungen sehen Sie bezüglich der Finanzierungssituation? Also gibt es da Schwierigkeiten oder spezielle Vereinbarungen jetzt auch für fürs Bundesland? Gab es Veränderungen?
Person 2: Ähm. Also, was immer noch nicht durch ist, was für die Kinder und Jugend oder den Kinder und Jugendbereich sehr hilfreich wäre, wäre, wenn die Angehörigenkontakte einfach auch abgerechnet werden könnten, ohne dass das Kind gesehen werden muss. Weil bisher ist die Regel also man muss das Kind auf jeden Fall gesehen haben, auch wenn man ihm sozusagen nur die Hand schüttelt und dann einen Elterntermin macht. (...) Das wäre auf jeden Fall hilfreich, wenn es einfach auch abgerechnet werden könnte. Oder ein runder Tisch, bei dem ganz viele Helfersysteme irgendwie zusammenkommen und das Kind womöglich aber nicht teilnimmt, dass man das dann trotzdem sehen muss. Das finde ich so eine Erschwernis. (...) Insgesamt von der Finanzierung gibt es ja diese Basissätze plus dann die Berufsgruppen. Da könnten sicher noch ein bisschen nach oben geschraubt werden an den Vergütungen, also sie ist nach wie vor so, dass Arzt

und Psychologe einfach am meisten bekommen für den Termin. Und dann gibt es sicher noch Luft nach oben.

Person 1: Aber sagen Sie jetzt, mit der derzeitigen Vereinbarung ist zumindest das gedeckt. Also ist jetzt kein kein Minusgeschäft.
Person 2: Ja doch, kann man schon sagen, ne, ne. Aber im Hinblick auf die Multiprofessionalität ist es ja schon so, dass der Pflege und Erziehungsdienst oder die Spezialtherapeuten viel häufiger in der Familie drin sind, wie jetzt die Psychologen oder die Ärzte und das bildet sich halt finanziell dann nicht unbedingt ab.

Person 1: (...) Gab es da in der letzten Zeit Veränderungen oder ist da was angestrebt?
Person 2: Also diese Elternkontakte werden immer wieder mit eingebracht in die Gremien. Aber bisher ist noch nichts passiert.

Person 1: Sehr schade.
Person 2: Ja.

Person 1: (...) Derzeit gibt es nur eine sehr, sehr geringe Anzahl an Kliniken, die StäB in der KJP anbieten. Woran denken Sie, könnte es liegen?
Person 2: (...) Na ja, es ist einfach was Neues, also es ist ein neues Arbeiten. So, diese Flexibilität. (...) Die vielleicht an manche so ein bisschen scheuen. Und es war ja auch so der Gedanke, StäB als Ersatz für stationäre Betten. Was vielleicht viele auch fürchten, dass da was wegfällt. Wobei es ja eindeutig in die Richtung geht, mehr Ambulantisierung, mehr irgendwie zu den Menschen nach Hause in ihrem Umfeld. Ich fände es schön, wenn es einfach ne Ergänzung wäre im bestehenden Angebot. Und eben auch ich vermute auch das Personal, das einfach dafür da sein muss, manche Kliniken kämpfen ja schon mit den Personal für die stationäre Behandlung oder die Tageskliniken und man braucht einfach Menschen, die das tun wollen und sich das zutrauen, eben in die Familien zu gehen, allein ohne so ein Team im Background sage ich jetzt mal wie auf einer Station. Genau. Plus halt der Arzt, der einfach auch da sein muss.

Person 1: (...) Wir kommen schon zur letzten Frage. Was würden Sie sich wünschen, um StäB in der Gesamtversorgung besser etablieren zu können?

Person 2: (...) Ich fände es gut, wenn es flexibler wäre, also wenn man einfach mal auf die Bedürfnisse von den Familien oder Patienten die Behandlung anpassen könnte. Dass man wählen könnte und sagen könnte okay, wir machen jetzt drei, vier Wochen wirklich intensiv tägliche Kontakte, aber dann machen wir einfach ein bisschen reduzierter und kommen vielleicht nur noch vier Mal die Woche und schleichen irgendwie aus, im Verlauf die Behandlung an Intensität. Das fände ich gut. (...) Dass auch telefonische Kontakte gerechnet werden könnten. (...) Zum Beispiel auch bei Beurlaubungen, oder da ist man dann einfach trotzdem noch mal kurz telefonieren kann und das abrechnen könnte. (...) Ja, das wäre so mein Wunsch.

Person 1: (...) Okay, dann sage ich schon mal Vielen Dank. Ich stoppe kurz die Aufnahme.

Anhang 8 – Interview 2 (I2)

Disclaimer
Im Rahmen der Transkription wurden folgenden Transkriptionsmittel unterstützend verwendet:
(..) Sprechpausen (kürzer als 5 Sek.)
[…] Auslassung im Rahmen der Anonymisierung
[Anm. d. Verf. …] Hinweis bzgl. der Auslassung oder Hinzufügen von Informationen

Person 1: Gut. Erläutern Sie bitte kurz zu Beginn Ihre Person und Ihre Stellung in der Klinik.
Person 2: Mein Name ist […]. Ich bin für den Sozialdienst hier in in der StäB Team in der KJP [Anm. d. Verf. … Hessen] zuständig und macht das jetzt seit etwas über einem Jahr.

Person 1: (...) Wie lange führen Sie denn bereits StäB durch? Also dieses Jahr, oder schon länger?
Person 2: StäB hier am […] hat im Oktober 2000. Moment, jetzt muss ich rechnen. 2022 gestartet.

Person 1: (...) Welche Hürden oder Stolpersteine gab es von der Idee, StäB in der KJP durchzuführen bis zur tatsächlichen Implementierung?
Person 2: Also obwohl ich nicht von Anfang an dabei war, weiß ich aber, dass dadurch, dass das Angebot relativ neu ist, es gibt noch nicht so sehr viele Erfahrungshintergründe, sodass also die Vorbereitung, die Implementierung schon sehr aufwendig war. Es musste ein umfangreiches Konzept erstellt werden. Es muss natürlich auch dafür schon mal die Ausstattung da sein, also sowohl das Personal, was bereit ist, ebenso ein ich nenne es mal Projekt mit anzugehen. Es muss, müssen die Räume müssen vorhanden sein, die die Fahrzeuge müssen vorhanden sein, dadurch, dass es ja ein ambulantes Angebot ist. Die Verwaltungsstruktur muss da sein. Das ist schon, schon sehr aufwendig gewesen. (...) genau, dann haben wir ja im Moment in vielen Bereichen das Problem des Personalmangels und des Problems der der Personalakquise. Und dadurch, dass der Bereich hier in […] mit relativ wenigen Patienten erstmal gestartet ist, also StäB als Programm, war es ja nun auch so, dass man keine Vollzeitstellen anbieten konnte, sondern man hat da auf schon vorhandenes Personal hier in der Klinik zurückgegriffen und da

eben gefragt wer hätte denn Interesse, mit einem gewissen Stundenanteil ins StäB zu gehen? Und aufgrund der Unsicherheit, ob sich das etabliert und ob das auch wächst, kann ich mir vorstellen, haben viele Mitarbeitenden auch gesagt: Nee, das ist mir zu unsicher. Das, das möchte ich, das möchte ich meinen sicheren Hafen nicht verlassen. Also ich denke, das war tatsächlich ein großes Problem am Anfang der des Aufbaus.

Person 1: (...) Durch die PPL-Richtlinien wird ja ein multiprofessionelles Team vorgegeben. Welche Berufsgruppen finden sich denn bei Ihnen im Team wieder?
Person 2: Genau, Sie haben es ja schon gesagt, das ist im Prinzip vorgegeben. Zwingend, zwingend erforderlich ist also ein Facharzt, der im StäB Team mitbehandelt. Wir haben auch noch eine Ärztin, eine Assistenzärztin, die auch Fallverantwortung hat, übernimmt. Dann haben wir ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, der auch fallverantwortlich arbeitet. Dann gibt es einen, einen Sozialarbeiter. Wir haben eine Motologin, aktuell das da ist man so ein bisschen flexibel, das nennt sich dann Spezialtherapeuten. Da hat man die Möglichkeit, verschiedene Berufsgruppen noch mit einzubinden, was dann neben der Motologie können das auch Ergotherapeuten sein. Das können sogar Physiotherapeuten sein. Genau. Wir haben aktuell eine Motologin noch als Spezialtherapeutin und fünf Mitarbeitende aus dem Pflege und Erziehungsdienst. So, dass wir insgesamt bei elf Mitarbeitern aktuell sind.

Person 1: Eine kurze Nachfrage. Was? Was heißt Motologin?
Person 2: Motologin ist eine Bewegungstherapeutin.

Person 1: Ah! Ach so, Okay. Ja. Okay. Wie gestaltet sich denn die Fallführung? Liegt die ausschließlich bei den bei den Ärzten und Psychotherapeuten oder ist das im Sinne des multiprofessionellen Teams auch aufgeteilt?
Person 2: Die Fallverantwortung liegt tatsächlich ausschließlich bei den Ärzten und den Therapeuten. Das wird je nach Stellenumfang und Kapazitäten werden, diese werden diese Verantwortungen zwischen diesen beiden Berufsgruppen aufgeteilt. Was wir. Was wir aber über darüber hinaus eingeführt haben, ist ein Bezugsbetreuer System innerhalb des Pflege und Erziehungsdienstes. Da kommen wir

aber vielleicht an späterer Stelle noch mal dazu, wo vielleicht auch für die Patienten es Probleme mit StäB geben könnte.

Person 1: Okay. Wie hoch ist denn so die durchschnittliche Behandlungsdauer eines Patienten?

Person 2: Das ist tatsächlich sehr unterschiedlich. Man geht erst mal in der Konzeption davon aus, dass eine Behandlung so in der Regel zwischen acht und 16 Wochen dauert. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass es auch schon vorher zu Behandlungsabbrüchen kommen kann. Das kann einerseits von Patientenseite ausgehen, das kann aber auch von unserer Seite ausgehen, wenn wir einfach merken, dass da die Mitwirkung nicht mehr gegeben ist. Und es gibt natürlich auch bestimmte Zugangsvoraussetzungen und bestimmte Regeln während der Behandlung. Und wenn diese Regeln, sagen wir mal vorsätzlich oder auch mehrfach missachtet werden, dann sind wir auch zum Teil gezwungen, die Behandlung dann abzubrechen. Es kann aber auch und das hatten wir auch schon der Fall sein, dass so eine Behandlung wesentlich länger dauert. Die kann also auch durchaus mal 40 Wochen dauern, wenn es ein sehr umfangreiches und aufwendiges.

[Anm. d. Verf. …: Unterbrechung durch hereinkommende Kollegen]

Person 2: (...) So, jetzt haben wir wieder, haben wir wieder Ruhe. Genau. Also das kann auch durchaus wesentlich länger dauern, so ne Behandlung. Das hängt auch damit zusammen, dass wir nicht nur auf die Behandlung der Eingangssymptome Wert legen, sondern das ist ja auch eine große Stärke von StäB. Wir können eben auch dadurch, dass wir im Umfeld der Patienten arbeiten können wir auch im Familiensystem viel bewirken, in der Struktur des Alltags können wir viel verändern. Wir können, da legen wir auch großen Wert hier in […] drauf, dass wir Perspektiven für die Patienten entwickeln. Wie kann der weitere Ausbildungs- oder Lebensweg aussehen? Und das nimmt zum Teil eben dann auch noch viel Zeit in Anspruch, weil wir das auch gerne noch mit anbahnen. Also Beispiel: Wenn es um berufliche Perspektive geht, dass wir gemeinsam da schauen, was würde denn passen und was würde überhaupt funktionieren auch. Und da begleiten wir tatsächlich auch Praktikas oder Hospitationen und da versuchen wir schon, den Patienten dann vor Entlassung in einem guten Setting dann ja sich selbst wieder zu überlassen.

Person 1: (...) Aber auch wenn wenn jemand in einem Praktikum oder sowas ist, muss ja ein Kontakt am Tag gewährleistet sein. Das stelle ich mir sehr schwierig vor. Wenn jemand im Vollzeitpraktikum ist.

Person 2: Das ist es tatsächlich. Wir versuchen solche Maßnahmen dann zeitlich zu begrenzen, also täglich zu begrenzen. Beispielsweise, dass wir die Vorgabe machen, so was kann nur von 8 bis 12 beispielsweise stattfinden, ein Praktikum, weil eben im Anschluss noch die Behandlung auch stattfinden muss. Und da haben wir später jetzt auch gleich noch mal, denke ich, noch ein Problem was StäB steht eben in der täglichen Arbeit für die Mitarbeitenden, aber auch für die Patienten mit sich bringen kann.

Person 1: (...) Was sind denn Faktoren, die zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen? Was sind denn da ihre Erfahrungswerte?

Person 2: (...) Das Allerwichtigste für eine erfolgreiche Behandlung ist natürlich die die Compliance der Patienten und der Angehörigen, also die Bereitschaft, die Behandlung und die Inhalte anzunehmen, aber auch aktiv mitzuwirken. Das ist die wichtigste Voraussetzung. (...) wichtig finde ich eben im StäB auch die Umfeldarbeit zur Veränderung von ungünstigen Strukturen, oftmals haben psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ihren Hintergrund, auch im familiären Setting durch Belastungsmomente, durch ungünstige Versorgung, durch emotionale und und seelische Belastungen und das kann eine stationäre Behandlung in der Form nicht leisten. Da gibt es zwar auch Elterngespräche und Kontakte zu Angehörigen, aber die haben wir haben natürlich aufgrund der aufsuchenden Arbeit einen ganz anderen Zugang, viel mehr Möglichkeiten, auch vor Ort zu beobachten und da eben dann noch über die eigentliche Behandlung hinaus Ideen zu entwickeln und mit den Angehörigen auch zu arbeiten. Und ich glaube, das ist auch ein wichtiger Faktor, der gerade in der in der Behandlung von Kinder und Jugendlichen eine große Rolle spielt und deswegen halte ich, StäB auch für so eine ganz wichtige und sinnvolle Ergänzung der der KJP.

Person 1: Absolut. Die die aufsuchende Arbeit bzw. die die Umfeldarbeit ist da ganz essenziell. Genau. Was sind denn Ihre bisherigen Erfahrungen aus jetzt einem Jahr Stäbe in der KJP in Bezug auf auf den Erfolg? Bzw. wie auch immer man

Erfolg dann definiert, das ist immer die die große Frage. Aber auch um vielleicht drei Patienten zu verhindern.
Person 2: Wenn Sie den letzten Satz nochmal wiederholen, der ist akustisch nicht gut angekommen.

Person 1: Also. Wie sie vielleicht auch Drehtürpatienten verhindern können, mit mit StäB.
Person 2: Jetzt, jetzt habe ich das verstanden. Genau, das schließt sich im Prinzip so ein bisschen daraus an, die an die vorherige Frage an wir haben ja in dem stationären Setting auch das Problem, dass in dem stationären Aufenthalt eine hohe Stabilisierung möglich ist und auch stattfindet. Sobald die Patienten dann aber wieder in das gewohnte Umfeld zurückkommen, treffen sie da ja wieder auf alte Strukturen, die vielleicht auch zum Teil für eben viele Probleme verantwortlich waren. Und dann kommt es eben zu dem benannten Drehtürpatienten, die dann eben aufgrund der alten Strukturen wieder auch in alte Muster, vielleicht auch in alte, in alte Krankheitsmuster zurückfallen und dann nach einer gewissen Zeit auch wieder stationär aufgenommen werden müssen. Das können wir eben in StäB durch die Umfeldarbeit, durch die Arbeit im Umfeld, im Wohnumfeld, in dem familiären Umfeld, aber auch im schulischen Umfeld, können wir da viel versuchen zu verändern, damit eben die Behandlung nachhaltig ist. Und auch die, die die Alltagsstrukturen dann sich so verändert haben, dass auch die Risikofaktoren für eine Erkrankung geringer geworden sind.

Person 1: Woran machen Sie denn den Erfolg von einer Behandlung fest? Also gibt es da vordefinierte Ziele, die Sie am Anfang vereinbaren, oder werden die dann individuell angepasst oder wie sieht es bei Ihnen aus?
Person 2: Also an erster Stelle steht natürlich die Behandlung der der Eingangsdiagnostik oder auch im Vorfeld schon gestellten Diagnostik, also die die Behandlung der festgestellten Erkrankungen. Wir haben aber auch individuell oder, oder ständig angepasste Behandlungsziele, die wir in der wöchentlichen multiprofessionellen Teams Sitzung auch mit den Berufsgruppen abstimmen und besprechen. Und an dem orientieren wir uns auch wöchentlich, dass wir schon merken, wenn eine ein Behandlungsziel erreicht wurde, dann nehmen wir das, nehmen wir das raus und ersetzen das durch ein neues Ziel. Und wenn wir

feststellen, dass wir es noch nicht erreicht haben, dann überlegen wir natürlich woran hat das denn gelegen? Was müssen wir da verändern, damit wir dieses Ziel erreichen können? Und anhand dieser Zielsetzungen und auch der regelmäßigen Überprüfung können wir natürlich auch für uns festmachen, war das jetzt erfolgreich oder nicht?

Person 1: (...) Sehen Sie denn auch Schwachstellen in der stationsäquivalenten Arbeit?

Person 2: (...) Ja, natürlich gibt es auch gibts auch Schwachstellen? Eine, eine Schwachstelle ist zum Beispiel die eingeschränkte Verfügbarkeit für, ich sag mal, die breite Bevölkerung. Denn wir sind ja eben auf einen gewissen Radius festgelegt ausgehend von der Klinik, von unserem Standort. Der beträgt im Moment 20 Kilometer. Darüber hinaus schaffen wir das einfach zeitlich nicht mehr. Dann die Patienten zu, zu betreuen und das ist natürlich schade für die, die jetzt ich sag mal 30 Kilometer entfernt wohnen und das aber auch gerne in Anspruch nehmen würden die fallen dann schon raus. Dafür wäre natürlich eine breitere ein breiteres Angebot von Stäben notwendig, aber dass da kommen, habe ich gesehen, da kommen wir auch noch dazu. Das wird wohl noch ein bisschen dauern Was auch für uns, was wir festgestellt haben ein Problem ist, was wir gerne anders hätten, ist, dass der Umfang der Behandlung nicht flexibel ist. Also StäB gibt es entweder ganz oder gar nicht. Das heißt, diese täglichen Kontakte mit einer bestimmten, einen bestimmten, einer bestimmten Zeitvorgabe, die ist festgelegt und wir haben die Erfahrung gemacht, dass es in vielen Fällen wäre es gut, wenn wir gegen Ende der Behandlung das ausschleichen könnten. Ja, denn es ist ja eine sehr hochfrequente Behandlung, an die sich die Patienten natürlich auch in einem gewissen Maße gewöhnen, davon profitieren und sich dadurch auch stabilisieren. Und wenn, dann nach vielen Wochen der intensiven Arbeit dann in ganz abrupter Abbruch stattfindet, so wie es im Moment leider sein muss, das ist für viele Patienten nicht günstig. Da würden wir uns wünschen, dass man dann die Möglichkeit hätte zu sagen, wir kommen dann gegen Ende erst noch dreimal die Woche, dann kommen wir noch zweimal die Woche und dann kommen wir noch einmal die Woche und dann können wir, können wir mit gutem Gewissen den Patienten dann auch entlassen. Das gibt aber im Moment, das geben die Vorgaben der Krankenkassen noch nicht vor. Ein weiteres Problem ist, dass wie eingangs schon

angesprochen, die geringen Stellenanteile von bestimmten Berufsgruppen oder auch individuell von bestimmten Mitarbeitenden, die haben zur Folge, dass Kontakte zu Patienten nur in einem sehr großen Abstand stattfinden können. Und das ist natürlich gerade für Patienten, die auf ne intensive Beziehungsarbeit angewiesen sind, um sich auf das Team und die die Behandlung einlassen zu können, für die ist das natürlich ein Problem, wenn da, ich sage mal, ein Kollege oder eine Kollegin im Team mit ist, die nur ein bis zweimal im Monat kommt. Das ist ein Problem und ich glaube, wir erwarten von den Patienten auch eine sehr hohe Flexibilität und viel, also ein hohes Maß an Ressourcen, um StäB, um an StäB teilnehmen zu können, um die Behandlung in Anspruch nehmen zu können. Das ist zum einen eben das Einlassen auf eine hohe Anzahl von fremden Personen, die man nicht nur nicht kennt und plötzlich kommt da jeden Tag kommen da gerade am Anfang jeden Tag eine andere Person und erwartet dann, dass man sich auf diese Person sofort einlässt und vielleicht auch sogar auf Aktivitäten, die für die Patienten erstmal ungewohnt oder wo auch vielleicht Ängste bestehen. Denn wir machen viel Aktivitätsarbeit im Sinne von Aktivierung, dass wir viel rausgehen, Freizeitaktivitäten auch mit mit einbinden in die Behandlung und auch Belastungserprobungen bei sozialphobischen Patienten im, Ja, in hoch frequentierten Bereichen wie in Einkaufsläden oder in Restaurants oder in Innenstädten. Und da erwarten wir glaube ich schon relativ viel und haben eben da aber auch so ein bisschen den Zeitdruck im Nacken. Genau. Was noch ein Problem ist, ist die Koordination der täglichen Kontakte. Wir haben angefangen, glaube ich, mit zwei oder drei Patienten 2022 aktuell haben wir sechs Patienten und da merken wir, das wird jetzt schon sehr aufwendig, die täglichen Kontakte zu koordinieren. Wir sind aktuell haben wir das Setting, dass wir jeden Patienten zweimal am Tag aufsuchen, mit unterschiedlichen Berufsgruppen und da kann man sich vorstellen, bei sechs Patienten, das sind zwölf Kontakte, dann müssen wir die haben nur zwei Fahrzeuge, die müssen irgendwie so verteilt werden, dass das passt. Es muss an die Arbeitszeiten und die die persönlichen Möglichkeiten der der Mitarbeitenden angepasst werden. Und das ist ein großes Problem, dass wir dann eben oft nur nachmittags arbeiten können, weil die Kinder und Jugendlichen vormittags oft noch eine Tagesstruktur wie Schule, Kita usw. haben. Und da versuchen wir die natürlich auch zu, zu, zu belassen. Und das heißt, dass wir wenig Termine am Vormittag anbieten können. Und das ist dann

wiederum ja sowohl für die für das Team oft ein Problem, aber manchmal auch für die Patienten.

Person 1: Wenn Sie jetzt sagen, Sie sehen die Patienten zweimal täglich, war das dann eine bewusste Entscheidung? Also, weil. Soweit ich weiß, ist ja vorgesehen eine Stunde am Tag, in einem Termin normalerweise. Das ist ja dann doch hochfrequentiertes StäB dann nochmal.
Person 2: Ja. Also die Information mit der Stunde, die die stimmt, so nicht die die Minimalvorgabe ist ein Kontakt von mindestens 30 Minuten am Tag. Da wir jetzt sowohl personell als auch die Patientenanzahl aufgestockt haben, haben wir natürlich auch den Anspruch, nicht nur die Minimalversorgung zu gewährleisten, sondern wir haben auch einen qualitativ höheren Anspruch. Und da versuchen wir eben durch zwei Kontakte am Tag die Behandlung eben auch zu verbessern und das scheint auch zu gelingen.

Person 1: Sehr schön, das ist, hört sich auf jeden Fall nach einem intensiven Arbeiten an, das da möglich ist. Ja. Welche Herausforderungen sehen Sie denn auch bezüglich der der Finanzierungssituation? Da gab es ja unterschiedliche Positionspapiere und Diskussionen. Was ist denn Ihre Wahrnehmung dazu?
Person 2: Also zur, zur genauen Finanzierung kann ich Ihnen keine Informationen geben. Da sind wir einfach wenig involviert. Da müssten Sie sich, wenn Sie da Genaueres wissen wollen, an die Geschäftsführung der der […] wenden. Was wir aber natürlich mitbekommen haben, auch auf Fachtagungen, wo man sich mit anderen Kliniken austauschen konnte, die das anbieten. Es scheint so zu sein, dass die Krankenkassen da keine gleichmäßige Finanzierung bisher eingeführt haben. Also das heißt, es müssen immer individuelle Verhandlungen geführt werden mit den Krankenkassen. Finde ich total ungünstig. Das heißt, der gutes Verhandlungsgeschick hat, hat die Möglichkeit, da gute Voraussetzungen und, und gute Ressourcen zu schaffen. Und an anderer Stelle ist die Behandlung vielleicht unterfinanziert. Also das sollte sich auch vonseiten der Politik noch mal angeguckt werden, dass man da einfach Ja, ne, ne sichere Finanzierung einfach hinbekommt. Genau.

Person 1: Absolut. Wissen Sie denn, ob es denn für Ihr Bundesland schon irgendwelche speziellen Vereinbarungen mit den Krankenkassen gibt?
Person 2: Nein. Das weiß Ich nicht.

Person 1: (...) Wie, wie? Wie würde denn ein adäquates Finanzierungssystem für StäB aussehen? Es gibt ja diese, Baden-Württemberg hat es ja, diese, diese Pauschale und dann kommt ja on top noch eine, Ja individuelle Vergütung, wie auch immer die aussehen mag. Wäre das ein Weg, der, der gut wäre, den man gesamtpolitisch vielleicht auch gehen sollte oder gehen könnte?
Person 2: (...) Ja, also das ist natürlich jetzt überhaupt nicht mein Fachgebiet als Sozialarbeiter, aber ich denke schon, dass das eine, eine Pauschalfinanzierung vielleicht abhängig von der Patientenzahl. Die würde aus meiner Sicht schon Sinn machen. Da hat dann jeder, jede Klinik einfach ein gewisses Budget, mit dem auch gearbeitet werden kann und gut. Aber wie? Was in dieses Budget rein sollte und, und welche, welche, Ja. Welche Reserven man noch mit einbeziehen sollte, das kann ich, das kann ich nicht beurteilen. Das da bin ich, da bin ich raus.

Person 1: Alles gut. Derzeit gibt es ja nur eine sehr, sehr geringe Anzahl an Kliniken, die StäB anbieten in der KJP. Ähm, woran denken Sie, könnte das denn liegen?
Person 2: (...) Also ich denke, der Erste, der erste Punkt, wenn ich mich da in die in die Leitung der der Kliniken versuche hineinzuversetzen, ist natürlich der Widerstand der Krankenkassen der, zumindest anfangs wohl noch deutlich spürbar war. Wie sehr sich das verändert hat, kann ich nicht beurteilen. Da sind wir wieder bei der bei der Frage der Finanzierung. Ich kann mir vorstellen, dass das für viele Kliniken nicht attraktiv ist, so was zu implementieren, wenn, wenn die Finanzierung gar nicht gar nicht sichergestellt ist. Und wir haben ja auch schon besprochen, dass so ne, so ne (...) neuer Bereich, also der Aufbau eines neuen Bereiches ist schon sehr aufwendig. Also wir hatten ja über Konzeption Personal, die Räumlichkeiten müssen da sein, die Fahrzeuge müssen da sein, die Verwaltungsstrukturen müssen da sein. Das, glaube ich, ist sehr, sehr aufwendig. Und wenn sich das dann am Ende vielleicht finanziell auch gar nicht lohnt, dann, glaube ich, ist das für viele Kliniken schon ein gutes Argument zu sagen, das

warten wir erst noch mal ab, bis das alles sich stabilisiert hat. Die Pionierarbeit überlassen wir mal die Mutigen und wir steigen dann ein, wenn damit Geld zu verdienen ist. Ich glaube, das könnte ein könnte ein Grund sein, warum es steht, noch nicht ausreichend in ausreichend hohen Maß gibt. Genau. Ein weiterer Punkt, glaube ich, ist auch und da sind wir auch wieder bei der konzeptionellen Arbeit, die da dem Ganzen vorsteht. Die Anforderungen durch die Krankenkassen sind finde ich schon sehr hoch an StäB. Es gibt da auch vom Medizincontrolling sehr, sehr hohe Anforderungen, die gefüllt werden müssen, mal vom täglichen Patientenkontakt mit den Mindestaufenthaltsdauer abgesehen. Sie haben eine gewisse Anzahl von Berufsgruppen mit im Team, sein ist vorgeschrieben. Da sind wir wieder bei der, des, des Problems der der Personalakquise. Also wir können jetzt nicht sagen, wir stellen jetzt einfach eine gewisse Anzahl ein, sondern die müssen auch dann nem gewissen einer gewissen Berufsgruppe angehören. Und auch im Alltag führt es dazu, ist also in den multiprofessionellen Teams, wir müssen also mindestens drei Berufsgruppen anwesend sein. Das kann in Krankheits- und Urlaubszeiten schon ein wirkliches Problem werden. Ja.

Person 1: Abschließend hätte ich noch eine, eine Wunderfrage, was würden Sie sich wünschen, um StäB besser in der Gesamtversorgung etablieren zu können? Sie haben ja schon gesagt, dass da einheitliche Finanzierungsverträge geschlossen werden. Das ist auf jeden Fall ein wichtiger Punkt. Aber was, was, was würden Sie sich noch wünschen, damit es besser gelingt?

Person 2: Genau. Also von der Finanzierung abgesehen, hatte ich ja schon erwähnt, dass ich oder wir der Meinung sind, das System auch flexibler eingesetzt werden müsste, dass wir die Behandlungsintensität auch gegen Ende der Behandlung individuell anpassen müssten. Das wäre eine, eine wichtige Veränderung, die qualitativ viele Vorteile hätte. (...) Ansonsten bin ich von dem von dem Konzept und von der Behandlungsform sehr, sehr begeistert. Deswegen habe ich mich auch entschieden, dass das zu machen. Und ja, ich glaube, das sollte, sollte noch mehr ausgebaut werden, weil es tatsächlich viele, viele Patienten gerade im Bereich der Kinder und Jugend, im Kinder- und Jugendbereich gibt, die aus verschiedensten Gründen eine stationäre Behandlung ablehnen oder die vielleicht auch wirklich nicht in Frage kommt. Und da ist StäB aktuell aus meiner Sicht die beste Alternative, um die Menschen dann trotzdem behandeln zu können.

Person 1: (...) Super, dann sage ich schon mal vielen Dank und stoppe mal die Aufnahme.

Person 2: Gerne

Anhang 9 – Interview 3 (I3)

<u>Disclaimer</u>
Im Rahmen der Transkription wurden folgenden Transkriptionsmittel unterstützend verwendet:
(..) Sprechpausen (kürzer als 5 Sek.)
[…] Auslassung im Rahmen der Anonymisierung
[Anm. d. Verf. …] Hinweis bzgl. der Auslassung oder Hinzufügen von Informationen

Person 1: Genau. Erläutern Sie einfach kurz zu Beginn Ihre Person und Ihre Stellung in der Klinik, bitte.
Person 2: Also, mein Name ist […]. Ich bin Chefarzt in der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in [Anm. d. Verf.… BW] und wir haben hier stationären Bereich, wir haben einen tagesklinischen Bereich, wir haben ne PIA, eine psychiatrische Institutsambulanz und sind dafür zuständig, den gesamten Landkreis […] zu versorgen und haben als zweite Klinik in Deutschland in der Kinder und Jugendpsychiatrie an den Start gebracht. Also nach den […] waren wir, waren wir die zweiten.

Person 1: Wie lange führen Sie denn schon Stäbe durch?
Person 2: Also wir haben Stäbe am Start seitdem, jetzt muss ich mal selber und selber selber gucken. Ich weiß gar nicht. Ich glaube seit. Oh mein Gott. Seit 2000, also seit dem 1. Januar 2018, können die Kliniken ja stationsäquivalente Behandlung an den Start bringen. Und wir sind am Start. Seit Dezember 2018.

Person 1: Das ging fix.
Person 2: Ja. So glaube ich wenigstens. Ich bin mir. Jetzt habe ich. In meinem eigenen Präsentation finde ich es nicht. Aber schon relativ lange. Ja.

Person 1: Mhm. Welche Hürden oder Stolpersteine gab es von der Idee zur tatsächlichen Implementierung?
Person 2: Also das Hauptproblem ist ja, das war ja dann eigentlich das war dann eigentlich gewünscht, das Hauptproblem am Anfang war StäB-Plätze praktisch on top zu den stationären Plätzen zu bekommen. Also es war da hatten wir verhandelt hier im Sozialministerium in Baden-Württemberg, weil die Frage war natürlich, die Kassen haben gesagt ja, super, […], machen sie fünf Stellplätze ist gar kein

Problem, geben Sie dafür fünf stationäre Plätze ab. Und das war natürlich ein bisschen blöd, weil wir haben ja eine Auslastung von über 100 % und natürlich fünf Plätze umzuwidmen in StäB und fünf Plätze auf den Stationen zu verlieren, wäre kein guter Deal. Da war aber dann so, dass wir dann in Verhandlung am Sozialministerium mit den Kassen das so gemacht haben, dass man erst mal eine Grundausstattung hat. Aber das wissen sie wahrscheinlich, dass man fünf Plätze KJP an Start bringen konnte, fünf Plätze Sucht, fünf Plätze Allgemeinpsychiatrie und fünf Plätze Geronto. Und deswegen sind wir, haben wir halt da mit diesen, mit diesen, mit diesen fünf, mit diesen fünf Plätzen dann gestartet. So und das war ein Problem. Alles andere war eigentlich, finde ich, unproblematisch. Also wir haben relativ schnell ein Team gefunden mit […] als, als Oberärztin und des war ein gutes Team. Wobei man sagen muss, dass von dem von dem Team, das gestartet ist, nur noch vielleicht gerade mal die Hälfte noch am Start ist, weil man natürlich in StäB halt sehr eigenverantwortlich arbeiten muss oder kann oder darf, und das hat für manche Leute war das, glaube ich, ne, ne Überforderung. Und ansonsten lief es eigentlich von Anfang an sehr gut. Wir hatten auch von Anfang an ein gutes Controlling mit an Bord, weil wir haben ja hier, es gibt ja ganz unterschiedliche Modelle, des Entgeltsystems für StäB, das ist ja praktisch von, von Bundesland zu Bundesland und es könnte sogar noch sein von Region zu Region unterschiedlich. Und wir haben ja praktisch das eine so eine Art Sockelbetrag plus Einzelfallleistung. In anderen Bundesländern, zum Beispiel in Berlin ist es ja praktisch ne Pauschale und die haben eine relativ hohe Pauschale von, glaube ich, 330 € am Tag. Und bei uns ist es halt so, wir haben so eine, je nachdem ein Sockelbetrag und dann kommt die Einzelfallleistungen drauf und deswegen musst du halt immer gut gucken, wie, wie, wie, wie passt du das ein, wie lange fährst du usw. …

[Anm. d. Verf.: Ausgelassen da Hinweis zu anderer Interviewpartner*in, nicht relevant]

… dass du ja ein gutes Management brauchst praktisch eigentlich brauchts, brauchts jemand, das ist bei uns […], die klar sagt wie ist die Fahrtroute, wie fahre ich wohin, was ist dann zu weit? Das war am Anfang auch ein Problem, als man versucht hat, basisdemokratisch zu machen. Das funktioniert nicht, jemand muss den Hut aufhaben. Was die, was, was die Fahrten so betrifft. Aber sonst war es eigentlich gut. Eigentlich super. Also haben wir keine großen Probleme gehabt.

Person 1: Das klingt ja gut.
Person 2: Ja, war richtig. War, war, war richtig gut.

Person 1: Also durch die PPL-Richtlinien ist ja ein multiprofessionelles Team vorgeschrieben. Welche Berufsgruppen finden sich denn bei Ihnen wieder? Es gibt ja auch die Spezialtherapeuten, die ein bisschen weiter gefasst sind. Was? Was? Was sind denn für Berufsgruppen bei Ihnen im StäB-Team?
Person 2: Also wir haben die Berufsgruppe, klar Ärztin, wir haben die Berufsgruppe Psychologin, wir haben die Berufsgruppe Kunsttherapeutin, Spezialtherapeutin. Dann haben wir eben noch Gesundheitspflegerinnen und dann eben noch so Sozialpädagogik oder Heilerziehungspflegerinnen. Also eigentlich sind wir so ganz gut aufgestellt.

Person 1: Wie sieht es denn mit der mit der Fallverantwortung aus? Ist das ausschließlich den Ärzten Therapeuten vorbehalten oder.
Person 2: Ne! Die, die? Der Unterschied ist ja und was ist der Unterschied? Das ist ja vielleicht auch die Herausforderung gewesen, dass du, dass du Leute brauchst, die Fallverantwortung übernehmen. Das heißt, jeder, jede Mitarbeiterin im StäB Team hat die Fallverantwortung für, für, für einen Klienten oder eine Patientin und schreibt dann eben auch, macht dann auch die Einträge und schreibt dann eben auch zum Beispiel den Entlassbrief. Also das machen dann eben auch Kunsttherapeutinnen oder eben auch Leute vom Pflege und Erziehungsdienst oder eben auch die Psychologin und aber auch zum Beispiel unser Assistenzarzt, […]. Ja, schreiben dann auch diese, diese Verläufe und auch die Briefe. Und jede Berufsgruppe arbeitet auch am Wochenende. Es ist nicht so, dass jetzt zum Beispiel die Kunsttherapeutin sagt, ich bin Kunsttherapeutin, ich arbeite nicht Samstag, Sonntag. Das sind so Sachen. Und wenn Sie sagen, was sind so Fallstricke oder so, ist natürlich schon so, dass man natürlich, wenn man StäB, dann macht im Krankenhaus, dass man natürlich mit dem also bei uns ist es so, wir sind kommunales Krankenhaus, da ist ja der Betriebsrat relativ stark, dass man dann immer also das okay braucht, weil es ist ja praktisch Arbeitsplatzverlegung, wenn man die ganze Zeit rumfährt. Also musste das erst vom Betriebsrat, dann bewilligt werden und dann, was hauptsächlich den Pflege

und Erziehungsdienst betrifft, ist natürlich schon so, dass vor allem die Leute die Gesundheitspflegerin sind oder Gesundheitspfleger. Denen fehlt ja, wenn sie in Stäbe arbeiten, natürlich die Schichtzulagen und so was. Und das musste man. Auf der anderen Seite muss man auch gegenrechnen, dass es natürlich eine sehr viel verantwortungsvollere Tätigkeit ist auf Station, weil da ist immer ein Team oder den du jemanden fragen kannst. Insofern musste man das natürlich mit der Geschäftsführung einen gewissen finanziellen Ausgleich schaffen für das, dass die ja da eigentlich, sagen wir auf dem Blatt Papier weniger verdienen. Das war für ihn eine Herausforderung, ging aber auch gut, weil ich war. Ich war eigentlich kein war eigentlich kein Problem.

Person 1: Wie hoch ist denn die durchschnittliche Verweildauer oder Behandlungsdauer von den Patienten?

Person 2: Also die durchschnittliche, die durchschnittliche Verweildauer, Hätte man das irgendwie größer [Anmerkung: blättert in seinen Notizen] die durchschnittliche Verweildauer bei uns ist jetzt gucke ich mal. (...) Ist 43, 43 bis 44 Tage.

Person 1: (...) Ja, ja.

Person 2: Dann passt ganz genau eigentlich. Also wir sagen immer acht Wochen. Ja, passt eigentlich sehr gut. Seit Dezember 2019 sind wir am Start, nicht 18, 19. Ich habe sie. Ja, ich habe. Ich meine, hier ist meine Präsentation größer. Super. Also, weiter geht's.

Person 1: Was sind denn so Faktoren, wo Sie sagen, das ist erfolgsversprechend für die Behandlung?

Person 2: Sie meinen also überhaupt? Also klar, es gibt ganz banale Faktoren, natürlich, die sind natürlich auch in den, in den Vorschriften drin sind ist natürlich, dass die häusliche Situation zu Hause sicher ist, wird ja vorher geprüft, wissen Sie ja bestimmt. Ist ja so, dass eine Fachärzte oder Facharzt vorher gucken muss. Sind alle über 18 einverstanden, ist es sicher, keine Kindeswohlgefährdung und so nicht, dass wir ein dysfunktionales System stützen mit, mit StäB, das ist, das ist wichtig dann natürlich schon klar auch die basalen Faktoren, die Anfahrtsdauer. Man sagt ja nicht länger wie 30 Minuten,

weil sonst macht es keinen Sinn, dann bist du mehr im Auto als bei den Familien. Dann ist natürlich schon so, also der Hauptfaktor ist eigentlich sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ob die praktisch hinter, hinter StäB stehen und sagen hey, das ist also praktisch, das sind ja diejenigen, die das dann promoten und ähm und dann natürlich halt, ob die Eltern sich darauf einlassen und, und dann haben wir oft die Rückmeldung bei, bei, bei Familien, die vielleicht schon mal in der Tagesklinik waren oder vollstationär, dass dann viele sagen na ja, StäB ist eigentlich sehr viel anstrengender wie tagesklinisch oder wie vollstationär, weil da kommt ja jeden Tag hängt da einer von uns bei denen zu Hause rum, auch Samstag, Sonntag und das sagen auch viele natürlich. Oh man, das war der Tages die ich halt immer in die Wochenendbeurlaubung ne und aber Stäbe kommt Samstag Sonntag, aber es ist halt ne Akutbehandlung. Man darf nicht vergessen, dass StäB vom, vom Ding her ist es eigentlich eine Akutbehandlung. Insofern ist es dann schon von der Kasse aus, schon klar Samstag, Sonntag und dann ist halt ja dann ist halt schon die Frage, ob die Familien sich darauf einlassen. Deswegen ist ich denke am Anfang und das ist ja in StäB dann auch, auch wichtig, dass man eine gute Auftragsklärung machen. Also dass man halt erstmal hier im Rahmen der Ambulanz ist, gut vorstellen, gucken und dass die Eltern und die vor allem auch die Kinder wissen, was auf sie zukommt und dass man es ihnen ganz gut, klar vermittelt und was auch der Auftrag ist von StäB usw. Und dann läuft es eigentlich ganz gut.

Person 1: Wenn sie sagen, sie ja vereinbaren vorher einen Behandlungsvertrag oder ähnliches und, und die Zielklärung ist schon auf dem Weg oder ist schon dann hat es schon stattgefunden, ist es dann auch der Garant, wo Sie dann den Erfolg daran messen oder woran? Woran kann man denn den eine erfolgreiche Behandlung messen?

Person 2: Sie machen ja am Anfang, sie machen ja, ob die immer so erfolgreich ist, ist das andere aber gut, zum Beispiel wenn sie also relativ einfach ist, es praktisch bei einem Kind ist, das das Zimmer nicht verlässt und absolute schulvermeidendes Verhalten zeigt, was natürlich auf Erfolgsrat geht, selbstständig wieder in die Schule. Das ist relativ einfach, hat man ja ersten Fall jetzt im StäB und, und, und man muss schon überlegen, also ist die Intervention, die ich mache, ist die hilfreich? Kann ja sein, dass man nach StäB

sagt okay, wir machen StäB und gucken, ob es in dem Umfeld geht oder ob dann doch eine vollstationäre Behandlung in der Klinik notwendig ist oder eine Fremdplatzierung in der Jugendhilfe oder, oder was braucht es eigentlich? Also StäB ist ja praktisch auch jetzt gerade nach Corona, wo dann auch viele Kinder das Haus nicht verlassen haben oder eben nicht dann in ambulante Behandlung gehen. Man darf ja StäB ist hier auch ähnlich wie im Krankenhaus auch erstmal auch teilweise auch Diagnostik. Also was ist der gute Grund? Ist es ein Autismus Spektrum Störung? Ist eine Depression? Ist es eine Computerspielsucht oder so? Also wir haben ja viele, auch in StäB, die vielleicht noch gar keinen Kontakt hatten, jetzt praktisch zum, zum Hilfesystem und wo man sagt okay, StäB kommt nach Hause und dann kann man natürlich eigentlich auch Zwangsmaßnahmen, das ist ja auch die Idee von StäB, dass man Zwangsmaßnahmen verhindern kann. Und insofern ist natürlich, dass das eine Frage machen wir erst Diagnostik oder ist Diagnostik schon gelaufen und wir steigen gleich in Behandlung ein. Und dann ist natürlich immer die Frage am Anfang, was ist eigentlich das Ziel? Ja, und da braucht es dann halt schon am Anfang und deswegen finde ich es ganz gut, dass dann erstmal hauptsächlich dann über die, über die, über die Fachärztin, also die Oberärztin, das ja immer so geklärt wird. Meistens ist die ist die Erstkontakt Aufnahme bei uns in der psychiatrischen Institutsambulanz und die Leute in der Ambulanz überlegen ja, was könnten wir anbieten, was passt? Und dann denken die okay, das können StäB sein, kommt auf die Warteliste von StäB. Dann gibt es ein Gespräch mit hier jetzt bei unserer Oberärztin, mit der […] erstmal hier und, und diese Information danach ist der nächste StäB, wenn die sichs vorstellen können, dass man dann zu den nach Hause geht. Also es sind so mehrere Abschnitte und wenn die Abschnitte gut durchlaufen sind dann und, und das ist ein gutes Commitment gibt, muss halt alles gut committed sein, dann läuft es eigentlich ganz gut.

Person 1: (...) Heißt das die sind dann oft noch, oder benötigen die Patienten dann oft noch weitere stationäre Aufenthalte oder weitere …?

Person 2: Nach StäB? Ja, das kommt ganz drauf an, das ist eben so, die Frage ist halt, ist StäB zunächst erstmal Diagnostik. Also kommen die nativ, ohne dass irgendwas war. Dann ist natürlich die Frage Diagnostik, was ist überhaupt los? Und dann reicht StäB. Oder aber die waren, also kann man alles möglich machen.

Dann ist und dann könnte man sagen okay. Oder man sagt, man macht StäB und guckt, ob es ausreicht. Und wenn StäB nicht ausreicht, dann stationär. Und dann haben wir auch welche. Leute, die relativ lange bei uns in der Klinik waren, die dann Stäbe brauchen, um eigentlich dann im Alltag wieder Fuß zu fassen. Also stellt euch ein multi, multidimensional faktoriell einsetzbares Modul, das ist auch besser wie am Anfang. Am Anfang war so gedacht und das ist das große Problem, dass StäB eigentlich eine erwachsenenpsychiatrische Denke hat. Das ist ein großes Problem. Das haben wir über war auch in Stäbe jetzt in den ganzen Sachen auch im Strukturdialog mit dabei. Das ist ein großes Problem. Und am Anfang war es so, dass eigentlich zwischen der stationären Behandlung und StäB mehrere Wochen Zeit ins Land gehen muss. Man durfte nicht eine StäB Behandlung im Anschluss an eine stationäre Behandlung machen. Das ist aufgeweicht worden. Und wenn Sie sagen, was sind so die Probleme für KJP-StäB? Ein großes Problem, was wir auch im Strukturdia…, wissen nicht was Strukturdialog ist? Das war so man hat ja StäB eingeführt und dann ist das so, das wird ja dann geprüft vom medizinischen Dienst der Krankenkassen. Und das Problem ist die OPS Katalog OPs Katalog sagt Ihnen bestimmt was. Das ist ja ganz stark Erwachsenenpsychiatrie lastig. Und dann hatten wir mit, mit der, mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, mit dem Spitzenverband, der der gesetzlichen Krankenkassen und mit dem und mit den Spitzen der des Medizinischen Dienstes Gespräche. Wie ist denn die Umsetzung in StäB? Und es war eine große Sache. Das durfte man aber dann nicht verschriftlichen. Aber wir haben uns ausgetauscht bis jetzt Januar diesen Jahres. Beispiel Erwachsenenpsychiatrie schwer psychotischer Patient, wohnt zu Hause, möchte aber das StäB Team nicht in seine Wohnung lassen, trifft aber der StäB Team im Erdgeschoss da ist ein Döner. Und dann spricht man da mit dem, mit dem, mit dem Patienten. Ist dann vom medizinischen Dienst nicht anerkannt worden, weil es nicht im häuslichen Umfeld ist. So wir von der KJP, ich dann eingebracht, na ja, gut, wie ist das jetzt zum Beispiel ähm Kind in Behandlung und besucht seine Heimatschule? Und wir sagen natürlich, ja, das ist sehr gut, denn StäB soll ja im, im, im, im, in dem Umfeld stattfinden und eine Schule, ja ein wichtiges Umfeld von Kindern. Und ist es dann okay, dass wir das Kind zum Beispiel den 10-jährigen dann sieht in der Schule und nicht zu Hause und gilt es dann eben auch als StäB Behandlung. Und es ist auch okay, dass das Kind, obwohl es in StäB ist, die Heimatschule besucht, solche Sachen haben wir

besprochen. Das ist dann so durchgewunken worden. Drittes Problem war natürlich können Elterngespräche abgerechnet werden, haben wir eine heftige Diskussion mit dem AOK-Vertreter gehabt. Stellen Sie sich vor, Sie kommen, ihre 7-jährige Tochter ist in Behandlung und wir klingeln, kommen rein und sagen mit Ihnen sprechen wir nicht, wir sprechen bloß mit Ihrer 7-jährigen Tochter. Finden Sie es gut oder nicht? Und da war klar. Oh je. Hm. Also man muss alleine mit den Eltern sprechen können, ohne das Kind dabei ist. Und da hat man so die salomonische Sache gehabt, man muss kurz das Kind vielleicht gesehen haben an dem Tag, also ganz kurz. Und dann kann man aber auch mit den Eltern sprechen und das Abrechnen. Dritter großer Punkt war natürlich Gruppen und das ist dann, war eine schwierige Diskussion, weil ich habe gesagt, na ja, das Problem ist ja, das Hauptproblem ist bei Kindern, psychisch kranken Kindern, die wieder gruppenfähig zu machen. Also braucht es ja eigentlich soziale Kompetenzgruppen und solche Geschichten und erlebnispädagogische Sachen, so. Jetzt ist die Frage, wie ist die Trennschärfe zwischen haben natürlich die Leute vom MD zu mir gesagt, […], das ist jetzt eine tagesklinische Behandlung, weil wenn zu viele kommen, auch wenn zu viele Gruppen in der Klinik stattfinden, könnte man sagen, das ist ja eine verkappte Tagesklinik, das ist ja dann nicht StäB und dann ist er ja gut. Und dann war die Frage und da ist man, war man sich nicht ganz einig. Eigentlich schon Gruppen, aber zu viele Gruppen ist auch schlecht. Dann ist wieder Tagesklinik und dann konnte man sich nicht einigen, weil man nicht ähm man war sich nicht einig. also man lässt Gruppen durchgehen, aber konnte sich nicht einigen, ob man ob man eine Zahl reinschreibt, die das dann begrenzt. Insofern ist es so, dass in der Regel zwei Gruppentherapien in der Woche momentan durchgewunken werden. Aber auch das ist eine Blackbox, weil die Gruppentherapie ist ja dann nicht im häuslichen Umfeld. Gleichzeitig macht es aber auch Sinn. Insofern ist sehe ich das so, dass eigentlich StäB nur ein Zwischenschritt sein kann in eine sektorenübergreifende Versorgung. Das heißt also, ich glaube, jede Klinik sollte StäB machen. Und jetzt haben wir ja auch gehört, ich habe heute war ich bis gerade vorher eben in dem Video-Ding mit den neuen PIA-Verhandlungen, PIA-Rahmenvertrag für Baden-Württemberg, weil wir jetzt nach dem bayerischen Modell das kennen Sie wahrscheinlich nach dem bayerischen.

[Anm. d. Verf.: Auslassung, da persönliche Frage und nicht relevant für die Arbeit]

Person 2: Okay und jetzt und das Problem ist ja, dass Sie ja, dann wissen Sie ja, das sind dann, dass wir jetzt in der in der PIA aufsuchend arbeiten kann, also da konnten wir ja nicht die Arbeit nach bayerischem oder geht es. Es ist natürlich die Frage was machst du, machst du StäB, machst du PIA? Wobei das PIA mit aussuchend natürlich super ist, weil jetzt ist es so bei StäB, das ist der Nachteil, das hat einen Anfang und ein Ende. Du kommst jeden Tag und ab Dienstag kommst du nicht mehr. Und jetzt ist für manche Familien total schwierig, die sagen hey, eigentlich müsste man die so ein bisschen auswildern, man kommt zweimal in der Woche, dreimal in der Woche oder so und deswegen ist glaube ich, ist es die Frage halt, das kennen Sie vielleicht auch das schon. Die Frage ist nach Modellprojekt § 64, ähm, so eine Regionalversorgung zu machen und dann ist glaube ich gut, man hat StäB schon mal am Start. Und ich glaube, das Ziel ist nachher praktisch eigene, so, so Regionalversorgung zu machen und dann einfach, dass man dann einfach passgenau das anbieten kann für die Klienten, was die brauchen. Ohne jetzt so versold zu denken vollstationär, StäB, Tagesklinik und, und PIA, das wäre eigentlich ganz das wäre, das ist eigentlich das Ziel und weil das ist schon noch so ein bisschen starr ist schon mal stark verschult und ich wiederhole mich noch, habe ich schon mal gesagt, das Problem ist halt, dass das so, also StäB raus überlegt ist eigentlich für chronisch psychiatrisch kranke Erwachsene, so ist die Idee. Und, und das ist natürlich dann für uns passt es nicht immer so jetzt müssen wir überlegen, ob wir das im OPs noch mal ändern oder ob die das so durchwinken. Also das sind so die, die Schwierigkeiten vielleicht auch dieser gibt. Ob unser Angebot dann immer sich dann in den in den Strukturmerkmalen von Stäben unterbringen lässt.

Person 1: So dass der. Das der OPs für Kinder und Jugendliche noch mal angepasst wird.

Person 2: Ja, wir, wir sind gerade beim überlegt ob dass man sich halt ein dickes Brett zu bohren, ob man grad des mit den Gruppen und so ob man das reinschreiben, ne oder das mit den Schulen. Aber im Strukturdialog war es eigentlich so, dass die das eigentlich schon durchgewunken haben, aber es ist praktisch nur so informell gewesen.

Person 1: Aber so zwischen den Zeilen kann man das ja auch rauslesen, dass man das machen dürfte.

Person 2: Ja und das Problem ist halt was das Problem, was wir halt haben. Aber das ist das ist eher ein technisches oder, oder ein Abrechnungsproblem ist natürlich ähm. Das ist wie bei so Ritterburgen jeder medizinisch, jeder medizinische Dienst tickt halt anders. Also wir haben zum Beispiel gar keine Probleme, wir haben das ihm erklärt und alles gut. Und wenn wir das jetzt nicht übertreiben mit der Gruppentherapie, ist das alles gar kein Problem. Ich weiß aber von, von anderen, von anderen Regionen, wo das dann doch ein Problem ist. Zum Beispiel auch diese twentyfour-seven Erreichbarkeit, das ist bei uns relativ klar ist abgedeckt durch den, den Dienst hier mit Hintergrund also wenn, und das ist durchgewunken worden, es ist kein Problem. Andere Regionen bestehen zum Beispiel drauf in anderen Bundesländern, dass Stäbe einen Nachtdienst stellt. Also ja so.

Person 1: Das machts ja noch mal schwieriger.

Person 2: Ja, es macht schwieriger. Insofern ist es halt alles nicht so, es ist halt Auslegungssache. Und wenn Sie einen medizinischen Dienst haben und in der Region ne Kasse, die für Sie zuständig ist mit den Verhandlungen, die ist Ihnen gewogen sagt ja klar, aber eh jetzt, wenn die twentyfour-seven und wenn es schwierig ist, kommen die her. Oder wenn es ganz hart auf hart käme, könnte natürlich die diensthabende Ärztin rausfahren, weil es gibt ja noch den Facharzt, die Oberärztin im Hintergrund. Also eigentlich kein Problem. Und, und es ist ja so, das kommt praktisch nie vor in StäB, weil die wissen ja, dass am nächsten Tag wieder jemand kommt. Also insofern ist das, Halten die das eigentlich meistens also wir haben es noch nie gehabt, ich klopfe auf Holz, dass wir hier jetzt irgendjemand ausrücken musste, ne Gut, aber haben Sie noch Fragen?

Person 1: Ähm. Welche Herausforderungen sehen Sie bezüglich der Finanzierungssituation? Haben Sie schon mal ein bisschen angefangen? Aber es gab ja jetzt, oder? Ich. Ich habe gehört, es gab noch mal Veränderungen.

Person 2: Also wir haben, wir stehen eigentlich ganz gut da jetzt. Also das Problem ist halt. Also eine Herausforderung ist natürlich, dass die Kassen und da versuchen wir in Baden-Württemberg das ein bisschen zu ändern, dass wir das

transparent machen. Die Kassen versuchen ja immer mit den mit den jeweiligen Krankenhäusern direkt zu verhandeln, ohne das dann transparent ist, letztendlich was kriegt das Nachbarkrankenhaus. Und so versuchen die natürlich, ich glaube immer mal wieder, und das ist denen ihr Job, praktisch die Entgelte zu deckeln oder eben zu drücken. Insofern haben wir hier angefangen. Wir haben ja dann eine Arbeitsgruppe KJP, […] dass wir sagen Hey, uns ist nicht nur wichtig, dass wir uns austauschen praktisch über die Inhalte, was macht sie? Und dass wir andere Kliniken beraten, wie sie StäB an Start kriegen, sondern dass natürlich auch wir, ähm wir, dass die Controller sich austauschen, wer wie viel Geld bekommt. Und wir haben mal gucken, ob ich das noch finde. Habe ich es eigentlich drin, die diese Ich habe es schon gesagt, dass diese also schwankt, hier. Es existieren große strukturelle finanzielle Unterschiede in den einzelnen Bundesländern und der Tagessatz schwankt zwischen 250 und 320 €. Ich glaube, es ist schon 330 €. Das ist in Berlin und es gibt eben dann diesen Sockelbetrag für Vorhaltekosten und dann gibt es eben diese, diese Leistungsvergütung pro Berufsgruppe. Und da liegen wir aber ganz gut, wir liegen, die haben gut verhandelt hier. Also wir machen keine, wir machen keine roten Zahlen.

Person 1: Aber das ist ja auch speziell jetzt nur für, für Baden-Württemberg so dieser Sockelbetrag plus die Berufsgruppen.

Person 2: Das ist, andere ziehen nach, also ich weiß, dass andere das auch haben. Das ist unterschiedlich. Das kann ich nicht ganz genau sagen. Es gibt ja derzeit 60 bis 65 Kliniken, die Stäbe machen, Erwachsenen und Kinder Jugend gibt's, ich hab ne Auflistung, ich glaub zwölf.

Person 1: Ich habe nur neun gefunden.

Person 2: Zwölf. Ich kann Ihnen, ich kann Ihnen nachher, ich kann nachher gucken, wer das alles macht. Und das ist jetzt unterschiedlich. Aber das mit dem, mit dem Sockelbetrag, das ist sehr stark Baden-Württemberg.

[Anm. d. Verf.: Hinweis auf andere Interviewpartner, nicht relevant].

Person 2: Nicht oder hatte noch nicht verhandelt, weil das ist ja so, wenn du startest, kriegst du erst mal diesen, diesen Betrag von 250 € bis du dann verhandelst und ähm ja, also am besten ist es eigentlich […] in Berlin. Die kriegen glaube 320/330 am Tag. Ich mein man muss sich jetzt also allparteilich

muss man sich natürlich auch immer in die in die in die Kassen reinversetzen. Ich mein die Kassen sagen Halt, es ist immer die Frage wie, wie, wie fair sind auch die Krankenhäuser? Muss man mal auch ganz ehrlich sagen. Wenn du 330 € zahlst und jemand kommt hin und sagt: Wie geht's? Alles gut und tschüss. Also muss man einfach, muss man auch mal überlegen. Also das ist die Frage, wird auch dann die Leistung erbracht für 330 €, wenn die sagen Hey für für hinfahren, Hallo sagen. Medikinet austeilen, tschüss sagen, 15 Minuten dort gewesen und 330 € kassieren, also das muss man halt auch verstehen, dass die sagen wir zahlen 330 € dafür wollen wir eine Leistung haben. Weil stationär ist ja hier dann wirklich ist ja einiges geboten dann Nee, also ich sag mal, unter uns, jetzt muss man so verstehen, Insofern glaube ich, ist das eigentlich, ähm. Ja, also uns werden natürlich rein aus dokumentarischer Sicht und Abrechnungssicht, wäre natürlich eine Tagespauschale besser wäre viel einfacher abzurechnen. Allein die das reinzuhauen, dokumentieren und so aber also wir leben das eigentlich ganz gut jetzt mit dem Sockelbetrag und mit dem läuft gut. Also ich habe geguckt, wir haben, wir haben, wir haben wirklich eine schwarze Null hingekriegt und wir legen nicht drauf und das ist ganz gut und da geht es darum, das weiterzuentwickeln, ne, also musst halt dann immer und deswegen ist es halt wichtig, dass wir uns austauschen mit den anderen Kliniken, weil ich mein Benzin wurde teurer, alles wird teurer. Du musst halt immer jedes Jahr gucken, dass das dann vor allem auch dieser, dieser Sockelbetrag dann halt auch angepasst wird. Aber momentan ist es auf jeden Fall kein Verlustbringer. Man wird nicht reich mit StäB, also es sind kommunales Krankenhaus, darum geht es ja auch nicht. Wir sind kein privater Träger. Also da kann man sagen es ist okay, aber es ist. Aber es ist, bin mal gespannt, wie sich das jetzt durchsetzen wird. Das ist ja ähnlich. Ich glaube, dass mittelfristig sich diese Sache mit Sockelbetrag plus Einzelabrechnung durchsetzen wird, weil jetzt ist ja auch zum Beispiel wenn man das sieht, äquivalent Baden-Württemberg hat die PIA eine Quartalspauschale. Und jetzt haben die Kassen darauf gedrängt, dass wir das bayerische Modell übernehmen und, und, und. Auch von, von, von, von […] und, und ähm, Lauterbach und so in großen Sachen, die favorisieren auch diese Einzelabrechnungen, ne. Insofern glaube ich, dass kurz oder lang auch in StäB es mehr diese Einzelabrechnungen geben wird. Vor allem wenn man ja dann die PIA, kann sein StäB wird so gar nicht mehr so am Start sein, weil du hast ja dann auch die PIA

Pauschale, ach nicht die PIA Pauschale, diese, diese aufsuchende also das wird schon die Frage das ist dann schon sind wieso drei Olympische Ringe. tagesklinisch mit den Gruppenangeboten StäB und StäB vielleicht besser angepasst, dann PIA aufsuchende und dann sind wir wieder da dabei, dass am besten ist eigentlich eine, eine Regionalbudget zu haben, weil dann könntest du könntest du StäB machen. Die ersten zwei, drei Wochen jeden Tag. Dann kannst du sagen okay, dieses Kind braucht aber mehr Gruppentherapien, dann machst du an drei Tagen in der Woche Tagesklinik, könnten ja sagen, das braucht er gar nicht. Und an einem Tag in der Woche kommst du nach Hause und guckst, ob die das umsetzen. Des wäre sehr viel besser. Das war eigentlich das Ziel und ich glaube, da läuft es auch hin. Und dann bist du halt bei, bei Einzelabrechnung. So. Glaube ich, der ist gut. Oder eben im Regionalbudget, wo du gar keine Einzelabrechnung machst, sondern halt ein Budget. Muss ich halt in der Region versorgen und das ist da ein Problem, wie du es machst. Hat jemand in Bayern schon das Regionalbudget. Wissen die das?

Person 1: Also nicht, dass ich wüsste.

Person 2: Also Klingenmünster, Harz, Nordwie heißt das? Nord? Das ist da beim Harz Nordhorn. Nordhausen hats auch und die sind total begeistert. Gibt halt mehr, mehr, mehr Freiraum.

Person 1: Eröffnet mehr Möglichkeiten da variabler in in die Behandlung einzusteigen. Einfach.

Person 2: Okay, nächste Frage.

Person 1: Jetzt ist es ja doch eine sehr überschaubare Zahl an Kliniken, die StäB anbieten in der KJP. Was glauben Sie, woran liegt es, dass es da so verhalten?

Person 2: Boah ich weiß es jetzt nicht, ich war jetzt, ich war jetzt in Berlin und habe da war das Treffen der ganzen Chefärzte und Chefärztinnen und da habe ich einen Vortrag gehalten zu StäB und habe versucht, die alle noch mal zu motivieren, das zu machen. Das ist eigentlich ne, ne, ne tolle Sache ist. Also der, der, der Haupt, das Haupt Totschlagargument Frau Weiss. Das war sowohl bei den Kassen als auch bei meinem Chefarztkollegen so: wir finden das Personal

nicht. Also frage ist natürlich oh Mann, wenn wir StäB. Wir haben schon große Schwierigkeiten, die Station zu besetzen. Aber wenn wir jetzt noch StäB machen, a; kriegen wir das Personal nicht. Oder b; das Personal wandert von den Stationen ab. Das ist das Haupt Totschlagargument, weil der der Verhandlungsführer, wo wir das gemacht haben, dass wir StäB, in Baden-Württemberg einführen und nicht nur als, weil die die […], das wissen Sie höchstwahrscheinlich die haben das so als Hometreatment Forschungsprojekt gemacht am Anfang somit aber obwohl das ja aus ausrollen, dass die Kassen das wirklich übernehmen, dann war auch der Verhandlungsführer der AOK zu mir gesagt […], das wird doch eh nix, sie finden doch das Personal nicht. Ich sage Na ja, aber so kann man nicht argumentieren. Ich kann ja erst Personal einstellen, wenn ich die Möglichkeiten habe. Also erst wenn, wenn StäB bewilligt ist und man es kann, dann kann ich das Personal einstellen. Und das ist das Hauptargument. Das ist das Hauptargument, warum es vielleicht nicht, nicht, nicht läuft. Wobei ich dann eher sage: Hey Leute, das ist aber vielleicht für manche nicht für alle, aber für manche einfach. Ich meine jetzt, ich glaube, […] ich glaube einfach für Leute, die dann zum Beispiel. Ich finde es so auch für den PED oder für Leute auch in der Klinik doch auch eine Möglichkeit der Weiterentwicklung oder auch, auch, auch der Seitwärtsbewegung zu sagen: Hey, ich bin jetzt hier auf der Station, ich war schon in der Tagesklinik und des ist jetzt noch 20 Jahre hier zu machen und ich sage: hey, ich hätte eher Lust noch mal irgendwie noch mir eine Zusatzausbildung zu machen und dann ist den StäB anzuwenden und da habe ich mehr, da kann ich mich vielleicht mehr einbringen oder es ist interessant, wie ich finde, aber ich finde es total interessant. Ich mache die Vertretung manchmal von Fahrtkosten und dann fahre ich auch raus. Ich finde es total spannend, so bei den Familien zu Hause und so, alles schon, schon irgendwie cool und ich glaube das, dass man eher so denken muss, dass wir eine ich denke eher das StäB das Arbeiten für manche Leute interessanter machen kann und, und wir verlieren sie nicht. Ja aber das Hauptargument war keine Leute, wir haben eh schon keine Ärzte, wir haben eh schon das schwierig. Und dann natürlich das Argument, ja, wer will denn da schon am Wochenende arbeiten. Ja, vor allem die, wo jetzt gerade Spezialtherapeutin, die eigentlich nicht gewöhnt sind, am Wochenende zu arbeiten. Aber wenn man ehrlich ist, man kann das dann schon so hindürfen, wenn man genug Leute hat, dass man vielleicht jedes vierte Wochenende

an einem Tag arbeitet oder so, weil ja auch Kompensation also und dann ist es ja nicht so in StäB, dass es dann acht Stunden sind am Tag. Also man kann ja dann schon und das wird auch von den Kassen durchgewunken, dass man jetzt am Sonntag nicht ne drei Stunden Intervention macht, das ist sogar den Kassen klar. Ja, da geht es ja eher darum, sonntags machen fast alles so, dass man da noch mal guckt, was sind so die Ziele für nächste Woche und einen Plan ausgeben. Und so ist das alles. So haben wir das committet. Wisst ihr, was nächste Woche alles ansteht und so. Weil insofern geht es eigentlich. Aber ich brauche schon Leute, die das machen wollen.

Person 1: Ja, das stimmt. Das muss man, das muss man mögen, auch in die Familien zu gehen, muss man mögen.

Person 2: Ja, klar. Ja, ja. Aber ich finde, es gibt dann für manche Leute eigentlich also ich glaube, wir haben jetzt kann man momentan ein Team, die die die brennen dafür die machen das unheimlich gerne ja und das hatten wir am Anfang nicht. Die, weil das ist auch so, du musst ja dann auch irgendwie was, was in deinem in deinem Werkzeugkoffer haben, egal welche Berufsgruppen du hast, wenn du da draußen bist. Irgendwie gibt es eine Schwierigkeit und dann kann man nicht nur sagen, das muss man jetzt aber so machen, sondern schnell was einfallen lassen. Ja, aber so. Ich denke, ich habe schon mal jetzt mehrfach gesagt, das Haupt Totschlagargument war kein Personal. Und dann natürlich diese, diese, diese ganzen Hürden mit den Anträgen, aber es ist so, dass die, das die […] und ich jetzt schon viele Kliniken gecoacht haben, also die aus […], die waren auch bei uns in Haina. Wir haben schon so einen Workshop gemacht in Haina, wir machen jetzt einen Workshop da in Reutlingen, nächste Woche sind sie da auch, nächste Woche aber eher so low Level, so mit Kniffe, Fragen oder so zum Beispiel, neulich hatten wir so, so, so, so eine Frage. Da hat ein Kollege gesagt Ja, da ist das, da ist der, da hat der MDK hat gesagt, das ist so gar nicht richtig, man hat ja gar nichts an der Medikation gemacht. Ja, und dann haben wir gesagt, naja, dann musst du einfach reinschreiben, wir haben so Kniffe, wir haben kritisch gewürdigt, ob man jetzt überhaupt das Medikament ändern muss und nach, nach Gespräch mit den Eltern, mit dem Kind. Und so sind wir zu der Entscheidung gekommen. Nein, die Medikamente ist momentan sollte man so belassen und jede Änderung des Medikation wird eher zu einer Destabilisierung führen. Du

musst halt so einen Satz reinmachen. Es gibt ja oft so Kniffe. Du musst immer überlegen, was braucht derjenige, die gucken ja, wenn sie das Prüfen. Die gucken ja nicht nach der Sinnhaftigkeit, sondern die gucken was hast du nicht gemacht nach irgendwelchen Fehlern. Die gucken ja nicht, ob, ob die Intervention, ja, ob die Intervention

[Anm. d. Verf.: Störung durch Mitarbeiter, Stopp der Aufnahme, späterer Einstieg]

Person 2: Nächste Frage.

Person 1: Abschließend abschließende Frage schon was würden Sie sich wünschen, um besser in der Gesamtversorgung etablieren zu können?

Person 2: Ja, relativ einfach. Also, wie ich gesagt habe, ich war da in Berlin, bei der BAG-Tagung habe ich versucht, meine Kollegen und Kolleginnen zu motivieren, das zu machen. Aber es kann halt einfach sein. Man muss einfach sagen, dass viele Kliniken in KJP einfach ich weiß nicht, wie es in […] ist, vielleicht nicht so stark, weil es ja eine Uniklinik ist, aber die Versorgungskrankenhäuser haben, und das ist mir schon mal klar geworden in der BAG-Tagung, alle Hände voll zu tun, überhaupt über die Runden zu kommen ne. Also das haben wir sehr viele aus Rheinland-Pfalz, vor allem aus Sachsen, aus den östlichen Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und so, der zu mir sagt: Hey, […], StäB super, aber wir brauchen überhaupt, wir haben überhaupt keine Ärzte. Wir wissen gar nicht, wie wir es machen sollen, ne? Und das ist das das ist das echt, immer wieder das gleiche Problem und ähm und dennoch glaube ich, muss man es breit bekannt machen. Deswegen haben wir ja. Sie wissen vielleicht, dass die […] sie haben den Film gesehen vom SWR. Also es war schon mal echt gut und das wird es. Also wichtig ist halt, wenn du was Neues machst, der Flyer, so dass man es auch bekannt macht und also praktisch auch das ist zum Beispiel am Anfang war es total wichtig mit den ganzen Playern, die sie haben in ihrer Region das bekannt zu machen. Was ist StäB überhaupt. Also was muss man relativ klar sagen zum Jugendamt, dass es keine Familienhilfe, also kein StäB, kein übergeleitet werden in Familienhilfe, dass alle genau wissen, was das ist. Deswegen haben wir verschiedene Veranstaltungen und haben dann die Flyer verschickt und, und zu den Kooperationspartnern hauptsächlich natürlich Kinderärztin und dann Jugendamt, Jugendhilfe usw. und dann wird es auch ganz gut. Und was auch ein wichtiger Punkt ist, man hat sind […] auch erzählt oder […] ist natürlich auch Stäbe sind

auch genial, um Kinder in der Jugendhilfe zu versorgen, die in der stationären Jugendhilfe sind, weil die kommen meistens nicht so gerne hierher. Und gleichzeitig siehst du natürlich dann auch machst du indirekt. Natürlich kannst du natürlich auch den Betreuerinnen und Betreuern in der Jugendhilfe erklären, was ist das eigentlich für ein Störungsbild. Also das ist schon mal ganz gut. Ja, also ich glaube, muss man einfach Werbung dafür machen und ähm und das kontinuierlich. Und ich weiß, dass schon ein paar StäB Teams am Start sind, aber das Hauptproblem ist das Personal und dann die Verhandlungen vor Ort über die Finanzierung. Also ich weiß zum Beispiel, dass in manchen Kliniken jetzt das noch nicht an den Start gegangen ist in Baden-Württemberg, weil die sich mit den Kassen nicht auf die Finanzierung haben einigen können, die zum Beispiel deutlich geringere Angebote gekriegt haben, wie wir das jetzt hier haben. Deswegen ist die Transparenz, ich wiederhole mich immer mal wieder die Transparenz von den Kliniken weg, die sagen Hey, […] kriegt so und so viel Kohle, […] kriegt so und so viel Kohle, […] kriegt so und so viel Kohle. Also wir wollen auf gar keinen Fall, auch wenn es vielleicht leichte regionale Unterschiede gibt, weil es in manchen Regionen günstiger ist wie hier auf der anderen Seite. Da wo es günstiger ist, müssen die Leute vielleicht mehr fahren, weil es auf dem Land ist. Ne, aber dass man sagt, man bleibt so, wir können, wenn kein Einheitsding kriegen, aber wir brauchen so einen Korridor, wo sich alle bewegen. Und ich glaube, diese Transparenz, die, die ist extrem wichtig, weil man das sieht, also dass auch, auch bei denen, auch bei den Pauschalen von 220, also von 250 bis 320 € sind 70 € am Tag Unterschied. Also mehr fällt mir auch nicht dazu ein.

Person 1: Alles klar, dann sage ich schon mal vielen Dank und stoppt die Aufnahme.

Anhang 10 – Interview 4 (I4)

Disclaimer
Im Rahmen der Transkription wurden folgenden Transkriptionsmittel unterstützend verwendet:
(..) Sprechpausen (kürzer als 5 Sek.)
[…] Auslassung im Rahmen der Anonymisierung
[Anm. d. Verf. …] Hinweis bzgl. der Auslassung oder Hinzufügen von Informationen

Person 1: Genau. Erläutern Sie bitte zu Beginn kurz Ihre Person und Ihre Stellung in der Klinik.
Person 2: Also ich bin Facharzt für Pädiatrie und Kinder und Jugendpsychiatrie und habe und habe den größeren Teil meiner Berufstätigkeit im pädiatrischen Bereich absolviert und arbeite jetzt seit 15 Jahren, nen Tick länger im Schwerpunkt Psychosomatik im Kinder und jugendpsychiatrischen Bereich. Und ich bin hier im [Anm. d. Verf. Norddeutschland], also in der […], als Oberarzt für in der KJP angestellt, mit engen Schnittstellen zur hiesigen Kinderklinik und mit unterschiedlichen Aufgabenbereichen. Heute widmen wir uns dem Aufgabenbereich aufsuchende Behandlung, Hometreatment und dem deutschen Format folgend StäB.

Person 1: Wie lange führen Sie denn bereits StäB in der KJP durch?
Person 2: Wir als Klinik hatten, das war vor meiner Zeit, also ich war vor langer Zeit schon mal in der hiesigen Klinik und bin jetzt vor drei Jahren zurückgekehrt. Wir […] haben 2013 mit einem Pilotprojekt gestartet, das dann 2019 in die Regelversorgung gemündet ist. Das heißt, wir haben vier Regelversorgungsbetten, die im […] Bettenplan auch als solche festgeschrieben sind. Das nennt sich im professionellen Jargon Betten, aber faktisch sind es vier Behandlungsplätze, die Teil des stationären Versorgungsangebotes der KJP, des […]. Und seit 2019 mit vier Plätzen, bis auf Weiteres. Wir streben eine Ausweitung der Platzzahl unter dem Format StäB an, es ist aber vielfältige administrative infrastrukturelle Herausforderung geknüpft und mal schauen, wie es politisch wird.

Person 1: Da sind wir genau bei beim richtigen Thema, bei der nächsten Frage Welche Hürden oder Stolpersteine gab es von der Idee bis zur tatsächlichen Implementierung in der Klinik?

Person 2: Das kann ich nur bedingt beantworten, weil das vor meiner hiesig aktiven Zeit im Bereich aufsuchende Arbeit war. Ich glaube, Sie nennen es Stolpersteine, ich würde vielleicht von der anderen Seite herangehen. Ich glaube was Wegentscheidend war, dass es hier im Haus Initiatoren gab, die aufsuchende Behandlungen in der KJP als fachliches Spezifikum gutgeheißen haben und die in dieser Phase 2013 bis 2019 den Mut hatten zu sagen Wir erproben das, auch wenn wir über Querfinanzierung mal zunächst in Vorleistung gehen müssen. Und das, was mir berichtet wird, ist das war eine spannende, innovative Zeit. Und 2019 konnte dann das, was ich gerade geschildert habe, dass in den Bettenplan aufgenommen werden, die das damalige Format, das greift möglicherweise die nächsten Fragen von Ihnen schon voraus war, ganz ähnlich wie es jetzt ist seit 2019, das heißt vier Behandlungsplätze und wir haben von der Stellendotierung her fünf 50% Stellen im Team StäB und das ist seitdem Standard und steht seitdem auch inhaltlich nicht in Frage.

Person 1: Aber wenn Sie jetzt gesagt haben, Sie würden gerne Plätze aufstocken, das mit bestimmten Schwierigkeiten verbunden ist. Was? Was meinen Sie denn damit?

[Anm. d. Verf.: Auslassung da externe Störung]

Person 1: (...) Okay. Genau. Wir waren stehen geblieben bei. Sie würden gerne aufstocken von den Behandlungsplätzen und da sind administrative Schwierigkeiten, nenne ich jetzt einfach mal. Wie würden Sie die beschreiben?

Person 2: Die, die ich kenne. Es mag welche geben, die ich nicht kenne. Die hängen im eher im Kontext vom Funktionieren eines so großen Klinikums wie das Klinikum mit […] Mitarbeitern und. Ich bin mir über die Zahl nicht ganz sicher, knapp an 2000 Betten dran. Das heißt, alles, was hier an Neuimplementierung von Behandlungsplätzen funktioniert, das lässt sich nicht einfach runterbrechen auf die Kinder und Jugendpsychiatrische Klinik oder auf das Zentrum für Psychosoziale Medizin, zu dem wir gehören, sondern das wird im Gesamtklinikformat betrachtet. Und da ist ein kleines Fach wie die KJP immer in der Verhandlungsmasse nicht ganz vorne. Ich versuche das jetzt fachlich korrekt und gleichzeitig neutral auszudrücken. Das heißt in der Gesamtbetrachtung eines solch großen Klinikums mit den vielfältigen Entwicklungsplänen, die es gibt, da ist es für ein kleines Fach immer ein Jenseits von fachlichen Erwägungen, von

Bedarfen, von nachgewiesenen Bedarfen ist es immer auch ein politisches Moment wann kommt wer zum Zug? Und mein Wissensstand ist, dass es eher an solchen Faktoren hängt als an eigentlich sachimmanenten Kinder und jugendpsychiatrischen Fragen.

Person 1: Danke. Durch die PPPL-Richtlinien wird ja ein multiprofessionelles Team vorgegeben. Sie haben ja schon gesagt, Sie haben fünf Personen á 50 %. Welche Berufsgruppen finden sich denn bei Ihnen im Team wieder? Ja.
Person 2: Wir haben zwei, also jeweils 50 % Assistenzärzte. Das sind Kollegen und Kolleginnen im fortgeschrittenen Weiterbildungsstadium zum Facharzt für KJP, relativ nah an der Facharztprüfung. Da gibt es wie in jeder anderen Uni oder Ausbildungsklinik eine gewisse Fluktuation, im Regelfall bleiben die. Also grundsätzlich ist es so, dass die Assistenzärzte gerne in unser Team kommen, weil es ein, das wird auch anderen Fragen von Ihnen wahrscheinlich schon ein Stück weit vorgreifen, weil es ein relativ selbstbestimmtes, eigenverantwortliches und mit ner Erfahrung verbundenes Arbeiten ist. Das heißt zwei 50 % Assistenzärzte im Regelfall dritten, vierten oder fünften Weiterbildungsjahr. Zwei Kolleginnen jeweils 50 % aus dem Pflege und Erziehungsdienst. Das ist bei uns eine Kinderkrankenschwester aus der damaligen Ausbildungsordnung, also die Kinderkrankenpflege als eigenständisches Fach noch gab, und eine Krankenpflegende aus dem Bereich, die aber seit vielen, vielen Jahren bei uns in der Klinik vorher im Jugendbereich gearbeitet und 50 % Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und jenseits dessen ist meine Oberarztstellung ist anteilig mit einem kleinen Prozentsatz hinterlegt und wir nutzen die hausinternen Fachtherapien indikationsbezogen, das heißt Kunsttherapie, Musiktherapie, Bewegungstherapie. Das sind die hier im Haus sehr gut etablierten und mit langjährig sehr erfahrenen Kollegen versehenen Fachtherapien. Da injizieren wir im jeweiligen Einzelfall, welche Art von Fachtherapie wir für fachlich geraten halten und können das dann einsetzen. Der Teil der Arbeit findet dann tatsächlich im Regelfall in der Klinik statt, das heißt, der Patient kommt zum Fachtherapeuten und jenseits dessen Glaube, ich habe noch einen Aspekt vergessen, genau jenseits dessen ist es hier so, dass es aber ein Bundesland Spezifikum, das heißt das wäre in Baden-Württemberg oder in Sachsen-Anhalt und in Berlin anders. In […] ist die Struktur Klinikschule oder Spitalschule so,

dass der, dass die […] Stadt […] nicht das Klinikum für die Beschulung im Krankenhaus zuständig ist. Und wir haben aber eine Kooperationsvereinbarung, die es für uns möglich macht, dass wir bei Patienten, bei denen dieser Schulbesuch ein fachlich zentrales Merkmal der Krankheitsbefindlichkeit ist, die können wir über unsere Klinikschule mit beschulen. Das sind maximal zwei von den vier Behandlungsplätzen.

Person 1: (...) Wie gestaltet sich denn bei Ihnen die Fallverantwortlichkeit? Es ist im Sinne des multiprofessionellen Teams oder ist das ausschließlich bestimmten Berufsgruppen vorbehalten?

Person 2: Ja, ist klar definiert, ist über die Jahre aus der Erfahrung gewachsen. Wir haben im Regelfall ein Tandem in der Fallführung, das ist Arzt, Ärztin und ein Kollege aus dem Pflege und Erziehungsdienst, im Einzelfall auch die Sozialarbeiterin. Aber immer ein festgeschriebenes Tandem, die den Großteil der Zeit, den größeren Teil der Arbeit mit der jeweiligen Familie und dem jeweiligen Indexpatienten verantworten. Aber da wir wie alle Teams auch sonst, seven-seven funktionieren müssen, das heißt an sieben Tagen die Woche treten die anderen Kolleginnen nicht nur am Wochenende Dienst, auch unter der Woche punktuell in den Fall mit ein. Und wir sorgen für die Kontinuität über zwei regelhafte Visiten in der Woche, in denen zu allen laufenden Fällen der Austausch zwischen allen anwesenden Kollegen stattfindet. Also zurück zu Ihrer Frage. Die Leitung ist ein interdisziplinäres Tandem.

Person 1: Wie hoch ist denn die durchschnittliche Behandlungsdauer eines Patienten in der StäB?

Person 2: Eine klare Definition des medizinischen Dienstes, früher medizinischer Dienst der Krankenkassen, die uns eine im Regelfall ne maximale Behandlungsdauer von zwölf Wochen erlaubt. Ich halte es für ein fachlich artifizielles Kriterium, an das wir uns aber im Kern halten müssen. Im Einzelfall erlauben wir uns indikations- und fallbezogen selbstverständlich kürzere Behandlungszeiten, insbesondere dann, wenn es im Schwerpunkt zum Beispiel um diagnostischen Aufenthalt oder um kriseninterventorische Begleitung geht. Im eher seltenen, aber möglichen Fall auch eine Verlängerung um ein, zwei, vielleicht auch mal um drei Wochen, die wir dann in der Verschriftlichung sowohl im laufenden

Behandlungsprozess wie in der finalen Arztbriefschreibung mitbegründen und ja, das gibt im Einzelfall dann Rückfragen des medizinischen Dienstes. Das ist ein weiterführendes Thema.

Person 1: Was sind denn Faktoren, die zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen?

Person 2: (...) Des ist ne weitreichende Frage. (...) Also erstmal glaube ich, dass Erfahrung den Teams sehr hilft, und da sind wir hier bei uns recht gut aufgestellt, weil wir das seit je nachdem elf bzw. vier Jahren stetig machen bzw. jetzt fünf Jahren. Das heißt wir haben relativ viel Erfahrung, die auch tradiert wird über die Mitarbeitergenerationen, wo ne Wirksamkeit, eine Passung zu erwarten ist und wo nichts zu erwarten ist. Grundsätzlich immer einen Schritt zur Seite. Verstehen wir uns als eine sektorisierte Versorgungsklinik, das heißt wir sind für alle fachpsychatrischen Fragen zuständig und grundsätzlich kann Stäbe auch für fast alle Indikationen zumindest mit bedacht werden. Was wir explizit ausschließen, sind Erkrankungen mit einer manifesten Suchtmittelabhängigkeit. Bei dem, wir die Erfahrung gemacht haben, dass da steht Wegen der notwendigen Suchtmittelkarenz, die Teil des Behandlungsformats sein muss, kann im Regelfall bei einer manifesten Abhängigkeit von analogen Suchtmitteln kann Stäb aus unserer Sicht wenig wirksam sein, in der, möglicherweise kann das in der Behandlungskette nach stattgehabter Entgiftung, Entwöhnung etc. zu bedenken sein. Aber das ist. Das ist eine Indikation, die wir regelhaft ausschließen. Zurück zu Ihrer Frage Was sind Faktoren, die die Wirksamkeit beeinflussen? Ich glaube, dass eine ist eine, ein zentrales Kriterium ist eine gelingende Adhärenz des Indexpatienten. Und im Regelfall arbeiten wir mit dem sozialen System, sei es den Sorgeberechtigten, sei es der Familie, sei es auch im außerfamiliären Umfeld beim Patienten, der platziert ist. Und ein zentrales Kriterium ist, dass die Adhärenz zu, zum Indexpatienten und zum sozialen Umfeld gelingt. Das ist im Regelfall etwas Prozesshaftes, aber ist eine notwendige Voraussetzung, anders als bei einer konventionell stationären Behandlung ist es ein notwendiges und alternativloses Teil von Hometreatment. Unabhängig ob das formal StäB oder ein anderes Format ist, ist die zu erarbeitend, die muss initial nicht a priori gegeben sein, ist sie zu erarbeiten, das zu erarbeitende Commitment. Damit habe ich. Und ein zweiter Teil ist. Ich

glaube, wir müssen gut gucken, realistisch Verhandlungsziele, die in dem anknüpften an ihre vorherige Frage im Regelfall Definition maximal zwölf Wochen Behandlungszeit. Es sollten Behandlungsziele sein, die binnen dieser, dieser Frist nützlich und realistisch absolviert und eingebettet sind.

Person 1: Sind die Behandlungsziele, die da vereinbart werden, auch die die Kriterien, an denen sie den Erfolg messen würden? Oder würden Sie das als Erfolg deklarieren. Oder sagen Sie, wenn jetzt ein Schulvermeider an 3/5 Tagen in die Schule, nur an 3/5 Tagen in die Schule geht? Obwohl das Ziel war ein regulärer Schulbesuch? Wie, Wie, Wie stehen Sie dazu? Wie würden Sie das bei sich beurteilen?

Person 2: Also im Regelfall sind wir mit Störungsbildern konfrontiert, die einen erheblichen Vorlauf in der Geschichte haben, das heißt zum Teil auch mit bedeutsamen chronifizierten Störungsbildern, ganz ähnlich wie in der konventionellen stationären Kinder oder Jugendpsychiatrischen Versorgung. Und. Es muss. Wenn Schulabsens eine Leitsymptomatik ist, dann gilt es zum einen natürlich das ist Kinder- und Jugendpsychiatrisch klar, gilt es zu verstehen und zu behandeln. Was ist denn das eigentlich dahinterstehende Störungsbild, das Störungsmodell? Wie können wir den behandlungstechnisch gerecht werden? Und auf der Symptomebene Schulbesuch ist eine Entwicklung anzustreben, aber die kann individuell sein. Es kann ein Riesenerfolg sein, wenn es Patienten nach viermonatiger oder mehr als 1-jähriger Schulabsenz. In solchen Fällen sind wir durchaus konfrontiert. Wenn es denen gelingt, überhaupt wieder in der Schule anzudocken und an fünf Tagen in der Woche zu gehen. Und wenn das ein eingeschränkter Schulbesuch in Bezug auf das maximale Stundenkriterium ist, kann das sehr wohl ein Erfolg sein.

Person 1: Was sind denn Ihre Erfahrungen aus doch einigen Jahren stellt bzw. Hometreatment bezüglich so Drehtürpatienten? Also sehen Sie StäB eins als Baustein von, von einem Behandlungsintervall oder kann man sagen nach StäB Ist man erfolgreich behandelt und geht dann an den niedergelassenen Kollegen?

Person 2: Klar, unser Ziel ist es, das Leben draußen ist. Das ist der Alltag draußen ein zufriedenes und seelisch balanciertes Leben und Befinden außerhalb. Das ist natürlich das Ziel. Und gleichzeitig, wenn wir uns an schwerste

Krankheitsbilder, an Autismus Spektrum Störungen, an hebephrene Psychosen ran trauen, dann wissen wir a priori, wir werden nicht ne Heilung erwirken können. Aber sie bieten einen wichtigen Korridor, ein zentraler Korridor kann sein, der Teilhabe im Rahmen des Störungsbildes im Rahmen des Belastungsbildes am regulären, altersgemäßen, entwicklungsgerechten Alltag mit Unterstützung der ambulanten Möglichkeiten draußen. Es ist glaub ich, ganz, ganz selten, dass wir Patienten eine Familie aus der Behandlung entlassen und keine ambulante Weiterbehandlung notwendig wäre und gleichzeitig anderes Ende der Fahnenstange, wenn wir schwerkranke Patienten mit einer gravierenden PTBS wie mit einer Chronifizierung in der zweiten, dritten Phase befindlichen schizophrenen Psychose behandeln, dann ist das, was realistisch erreichbar ist, das Behandlungsziel. Ich denke jetzt gerade an eine Patientin, die wir aktuell das zweite Mal in der Behandlung haben Bewusster Entscheid des Behandlungsteams und zweites Intervall Stellen anzubieten. Eine Patientin, die über viele, viele Monate im Vorwege auf unserer Station war, wo sich ganz wenig bewegen ließ und wo es aus Sicht des Entwicklungsbedarfes der Indexpatienten ein Bombenerfolg war, dass die Familie und die Patientin Stäbe überhaupt zulassen konnte und damit wieder anknüpfen an der geeigneten Schule draußen nen Praktikumsplatz im Rahmen der hebephrenen Psychose möglich war und jetzt nach ich glaube nach einem freien Intervall von gut einem Jahr haben wir die, ein zweites Intervall an der Behandlung wieder aufgenommen, um den weiteren, dass eine Patientin, die Sie ahnen es aufs Erwachsenenalter zugeht und wo jetzt die Aufgabenstellung ist, wie kann man Rahmenbedingungen mit der Familie, mit der Patientin erarbeiten, dass sie jenseits der Fürsorge der Sorgeberechtigten in einem geeigneten, einem geeigneten Entwicklungsplatz andocken kann?

Person 1: (...) Sehen Sie denn auch Schwachstellen in der stationsäquivalenten Arbeit? Fällt Ihnen dazu was ein?

Person 2: (...) Ja, natürlich. Also die. Ich glaube, es gibt eine. Ein strukturelles Problem. Was diejenigen, die sich damals, die damals das Modell StäB erarbeitet haben und mit den Kostenträger vereinbart haben, ist ja, diese Struktur seven-seven ivon mir vorhin schon benannt. Und grundsätzlich wäre für viele Betroffene zu Behandelnde ein an- und abflutendes Modell viel, viel zweckdienlicher. Sich vorzustellen, dass in den eigenen Haushalt, ins eigene

soziale Terrain an sieben Tagen die Woche ein, a priori, zu Beginn Fremder kommt. Das ist eine Riesenherausforderung sowohl für ein belastetes wie für ein weniger belastetes Familiensystem und die hohe Intensität notwendigerweise seven-seven halte ich für fachlich unklug. Das heißt, wenn wir, wenn man das produktiv nicht im Sinne von Missbrauch der Ressourcen, sondern im Sinne von angepasster Behandlungsintensität und Steuerung handhaben würde, dann wäre anflutende und abflutende viel, viel, viel geeigneter. Das ist, glaube ich, eine Kritik, ne andere ist immer im Wissen darum, Ressourcen stationärer Behandlung sind begrenzt und die müssen ökonomisch, aber auch ethisch gut und gezielt und wirksam eingesetzt werden. Und trotzdem gäbe es, gibt es bestimmte Behandlungskontexte ohne Flexibilität der Verlängerung der Behandlung wünschenswert wäre. Das sind eher, das ist eher ein gewisser Teil. Ich würde mal schätzen, vielleicht zehn 20 % der Behandlungen, wo es Sinn machen würde, länger behandeln zu können. (...) Lassen sie mich mal überlegen, was ich noch an strukturellen Defiziten sehe. (...) Ich glaube, das sind zwei zentrale Aspekte.

Person 1: (...) Welche Herausforderungen sehen Sie bezüglich der Finanzierungssituation?

Person 2: Die. Ich bin jetzt in den letzten drei, vier Jahren auch mit den Kollegen im Netzwerk, im Austausch. Ich glaube, der zentrale Stellgröße ist eine geeignete Finanzierung und mein, meine Haltung auch aus dem Austausch mit anderen StäB Teams ist, ich erachte möglicherweise muss man ein, wir haben ja bei der Arbeit mit Kindern etwas höhere Kosten Tagessätze in der konventionellen stationären Versorgung als bei Jugendlichen. Und ich erachte vielleicht auch gemixten Tagessatz, über die verschiedenen Altersgruppen, die Altersgruppen komme ich gleich noch mal zu sprechen als sinnvoll. Und ich denke aus meiner jetzigen Erfahrung der konventionellen gemischte stationäre Behandlung Satz mit dem Faktor 1,1 oder 1,2 multipliziert ist langfristig, ohne dass man innerhalb der Klinik gegenfinanziert, eine geeignete betriebswirtschaftliche Größenordnung, mit der man langfristig eine qualitativ gute StäB arbeiten, abbilden, anbieten und abbilden.

Person 1: (...) Also gibt es dann für Ihr Bundesland oder speziell jetzt gerade für Ihre Klinik da spezielle Vereinbarungen mim Kostenträger bezüglich eines Tagessatzes oder ist es eine mit Pauschalen abgegolten?

Person 2: Es gibt hier in […] gibt es eine Pauschale pro Fall pro Tag, vorbehaltlich von Tagen, die uns aberkannt werden, weil Behandlungen unterbrochen werden müssen, und der Tagessatz ist viel zu niedrig, ohne dass ich jetzt die Zahlen nennen möchte. Aber der ist viel zu niedrig. Da komme ich noch, ich gehe noch mal einen Schritt zurück auf die Frage, die Sie vorhin gestellt haben, ein weiteres betriebswirtschaftlich und damit von der Behandlungssteuerung problematisches Kriterium ist, wenn wir schwerkranke Patienten aufnehmen, dann, was wir tun, und zwar uneingeschränkt dann, wenn wir aufsuchende Behandlungen für indiziert halten. Dann gehen wir selbstverständlich das Risiko ein, dass Patienten auch unter der Behandlung sich psychiatrisch qualitativ verschlechtern und vollstationär, insbesondere akut psychiatrisch aufgenommen werden müssen. Und dann endet die Behandlung abrupt und wir haben keine Möglichkeit zu gegen, zu kompensieren, das heißt, das müsste man auch nicht im Sinne von Selbstbedienung, sondern im Sinne von verantwortlichen Umgang, das müsste man strategisch anders handhaben, weil sonst ja indirekt dessen Aufforderungscharakter bekommt, schwerkranke Patienten eher zurückhaltend aufzunehmen zugunsten von stabileren Patienten. Und das kann ja überhaupt nicht die Intention einer Behandlungsform in dem Fall wie StäB.

Person 1: (...) Gab es oder gibt es in, in der nächsten Zeit oder auch in der letzten Zeit? Gespräche oder Veränderungen auch bezüglich der, der Finanzierung oder ist da? Sind da Sachen in Planung?

Person 2: ja. Also es gibt zwei Momente, das eine ist die die Ausweitung der Platzzahl, weil N gleich vier ist, eine betriebswirtschaftlich und ich möchte es nicht, dass der Eindruck entsteht, dass alles unter Zahlenaspekten zu betrachten, aber das ist natürlich eine bedeutsame Stellgröße. Es ist sowohl betriebswirtschaftlich wie organisatorisch keine aus meiner Sicht sehr, sehr günstige Fallzahl. Das heißt, und der Bedarf ist eindeutig da das heißt, ich plädiere für ein Team mit der Klinikleitung dazu, die Fallzahl deutlich auszuweiten auf sechs oder auf acht Plätze. Das ist grundsätzlich sind wir uns da auf der Ebene Klinikleitung KJP […] auch einig. Aber das praktisch umzusetzen,

stößt an dritte ausgelagerte Widerstände. Ist der eine Teil und der andere Teil ist der, seit vielen Jahren nicht mehr nachverhandelt, Tagessätze zeitgemäß anzupassen. Und es gibt im Besonderen Co-Faktoren wie Bereitstellung von Mobilität, ist Wohnregion und elektrobasiertes Fahrzeug, Kraftfahrzeug und dass all diese Faktoren wirklich budgetär so einberechnet sind und dass das Ganze nicht mehr so.

Person 1: (...) Derzeit gibt es ja nur eine sehr geringe Anzahl an Kliniken, die Stäbe in der KJP anbieten. Woran denken Sie, liegt es?

Person 2: Einen erheblichen, also wir sind gerne und wiederkehrend im Austausch mit Kliniken, die Interesse daran über das Bundesnetzwerk StäB KJP. Sie hatten [Anm. d. Verf.: Streichung da Hinweis auf anderen Interviewpartner] und über die Plattform und über den regelmäßigen Austausch kommen immer treten immer wieder Kritik auf ihn zu, auf uns zu, die Interesse haben, bei sich StäB zu etablieren. Wir laden die Kollegen gerne zu Hospitationen ein, die dann für 1,2,3 Tage bei uns sind, in unserem Team mitlaufen, auch in Rücksprache mit den Patientenfamilien an einzelnen Patientenkontakten teilnehmen können. Von daher haben wir so einen gewissen über die Zeit, ein gewissen Einblick und einen gewissen Austausch mit den Kliniken, die das Anstreben und ich glaube, eine ein Aspekt ist es Bedarf eines immensen administrativen, strukturellen, planerischen, budgetären Vorlaufs, bis man wirklich starten kann. Und das ist sozusagen eine Vorinvestition, die nicht refinanziert werden kann. Das ist das eine. Das zweite ist, ich glaube, es bedarf, ohne unsere Art der Arbeit überhöhen zu wollen, in keiner Weise, die ist nicht wertvoller oder weniger wertvoll als andere medizinische Arbeit. Es bedarf eines erheblichen Maßes an spezifischer Erfahrung, weil man, glaube ich, auch viele fachliche Fehler vermeiden kann, die, wo einfach, aber eben Erfahrung ein Teil des notwendigen Weges ist. Das heißt also zurück zu Ihrer Frage, die strategischen Aufwendungen, bevor man mit StäB loslegt, sind erheblich. Ein zweiter Teil ist wie gewinne ich Mitarbeitende, die ein ausreichendes, ich hatte das Initial geschildert an der Qualität unserer PED und ärztlichen Mitarbeitenden, die wirklich gut qualifiziert sind. Wie gewinne ich Mitarbeitende, die sich mit einem gesunden fachlichen Vorwissen und einem guten Standing sich zutrauen, allein draußen an der Front zu arbeiten. Das ist eine weitere Herausforderung. Ich empfinde oder ich erlebe auf der anderen Seite

da auch eine große Bereicherung für die mitarbeitenden Kollegen, in einem ganz anderen Ausmaß fachlich wirksam zu werden als in einem konventionellen stationären Tätigkeit. Aber der Schritt dahin ist schon ein gewisser Schritt. Und das ist, glaube ich, auch von Berufsgruppe zu Berufsgruppe unterschiedlich. Bei den akademischen Kollegen, also wir haben keine Psychologen im Team, was aber bei uns grundsätzlich vorstellbar ist, hat historische Gründe. Ist da die Bereitschaft wahrscheinlich noch einen Tick höher. Im Pflege und Erziehungsdienst und im Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen Bereich erscheint es mir nicht ganz einfach, Mitarbeitende zu gewinnen, die sich die Art von Arbeit draußen an der Front, im Feld, doch sehr eigenverantwortlich zu.

Person 1: (...) Abschließend noch die Frage, was würden Sie sich wünschen, um StäB besser in der Gesamtversorgung etablieren zu können?

Person 2: (...) Ist ne komplexe Frage. Ich, ich. Ich gehe gesundheitspolitisch grundsätzlich von der, von der Haltung aus wir haben. Wir, Gesundheitswesen haben ein begrenztes Gesamtbudget und ne Lösung kann nicht sein, mehr zu fordern, sondern wir müssen die Mittel gezielt einsetzen. Und grundsätzlich gilt natürlich für uns als a; kleines und als b; beziehungsarbeitsbasiertes Fach gilt, dass die Personalmittel notwendigerweise groß sind und wir indirekt damit in Konkurrenz und das meine ich gar nicht im Sinne eines Gegeneinanders, sondern im Sinne eines, aus dem gemeinsamen Topf schöpfend gegenüber der apparativ basierten Medizin sind oder der technologisch große Ressourcen in Anspruch nehmen Medizin. Und da gilt das, was ja generell immer im Diskurs in der Medizin ist, der Kontakt basierten, der beziehungsbasierten, der sprach- und sprech- und austauschbasierten Medizin ausreichend Raum zu geben und das gilt nicht minder für StäB. Ich glaube, wir erreichen Familien, nicht weil wir besser sind, sondern weil es ein anderes Format ist, die wir bei gegebener Indikation für eine hochintensive, tatsächlich stationsäquivalente Behandlung. Wir erreichen viel Familien, die wir sonst nicht erreichen, im Sinne von die wären sonst kaum oder nicht oder qualitativ nicht hinreichend versorgt. Und die Einsicht bei den Entscheidungsträgern, die über die Kostenverteilung zu befinden haben, die Einsicht zu stützen, das wäre eines meiner zentralen Anliegen. Das war für mich auch ein und das mögen Sie nicht als persönliches, sondern als fachliches Kompliment begreifen. Das war für mich auch Anlass, als Sie an uns herangetreten

sind zu sagen, selbstverständlich stehen wir dafür zur Verfügung, weil ich mutmaße, dass Sie über Ihre Masterarbeit da ein Stück, nicht im Sinne von Parteilichkeit, sondern im Sinne von Fachlichkeit zusätzliche Daten und zusätzlichen Überblick liefern. Und ich hoffe, dass solche wie ihre Beiträge dann dazu dienen, dass man auch auf der fachlich argumentativen Ebene die Notwendigkeit untermauern kann, warum für dieses spezifische Format Mittel erforderlich sind. Wenn ich so mit Ihnen spreche, dann fallen mir immer wieder einzelne Fälle auf. Wir hatten einen Jungen mit einer extrem gravierenden, sehr frühen Autismus Störungen mit Intelligenzminderung, der in einem Heim Kontext untergebracht war. Und es hätte über im, im Raum […] überhaupt keine Möglichkeit gegeben, diesen Jungen, jetzt jungen Mann ein stationäres Angebot anzubieten, weil es das nicht gibt. Und das Team war relativ mutig zu sagen, es war eine Indikationsstellung von dritter Seite zu sagen wir, wir probieren das trotz der schwierigsten Rahmenbedingungen. Und das Zentrum der Arbeit mit diesem Patienten, war das Arbeit mit seinem professionellen Umfeld in der Einrichtung, mit dem jugendamtszuständigen Entscheidungsträgern und die Psychopharmakologie. Und das wäre ein Junge gewesen, für den es kein stationäres Angebot gibt im Großraum […], weil der junge Mensch in einem konventionellen stationären, auch in einem akut psychiatrischen Bereich mit der Autismus Spektrum Störung dieser Art komplett überfordert gewesen wäre und an solchen Einzelbeispielen orientiert. (...) Sehe ich die, sozusagen die besondere Qualitätsmöglichkeit von StäB. Und ich würde noch gerne was Zweites hinzufügen, was ein Spezifikum unserer Arbeit ist. Wir haben mehrere Mitarbeiter im Team, die sehr viel Erfahrung im Säuglings-, Toddler und Kleinkindalter haben. Das heißt, wir haben vor, ich glaube jetzt zweieinhalb Jahren explizit entschlossen, wir nehmen auch Indikationsstellung entgegen für Kinder ab null. Und das erachte ich als ein weiteres, absolut wertvolles Format. Säuglinge, Kleinkinder, Vorschulkinder zu behandeln, für die es sonst kaum ein Format gibt, wenn eine konventionelle ambulante Behandlung nicht hinreichend ist. Patienten mit ausgeprägter Autismus Spektrum Störung oder Patienten mit einer ausgeprägten Fütter- und Interaktionsstörung oder Patienten mit nem so manifesten ADHS Impulskontrolle Problem, dass wirklich der Verlust der Adhärenz zu den jeweiligen Entwicklungslinien verloren zu gehen droht und das ist ein weiterer Bereich. Die Möglichkeit, sozusagen altersklassenübergreifend zu arbeiten, die ich als sehr,

sehr wertvoll erachte. Und jetzt will ich noch eine letzte Klammer anheften und eine der, sie fragten vorhin nach Entwicklungsmöglichkeiten, die ich sehe. Wir haben hier in der Klinik eine große adoleszenten Abteilung, das heißt zwischen 16 und 23/ 24, und das wäre einer unserer nächsten Schritte zu sagen, spezifisch für diese Gruppe im, sei, es im Anschluss an oder im Kontext zu einer dezidierten konventionellen stationären Behandlung StäB anzuknüpfen. Das sind häufig Patienten, die in Chronifizierung sind, mit gewichtigen psychiatrischen Diagnosen. Und für die Klientel stelle ich mir das als ein ausgesprochen wertvolles Behandlungsmodul vor, was es zu entwickeln gilt. Aber da braucht es die Rücksprache.

Person 1: (...) Super. Dann sage ich schon mal Vielen Dank an der Stelle. Wir sind mit meinem Leitfaden durch und ich würde die Aufnahme stoppen.

Anhang 11 – Interview 5 (I5)

Disclaimer
Im Rahmen der Transkription wurden folgenden Transkriptionsmittel unterstützend verwendet:
(..) Sprechpausen (kürzer als 5 Sek.)
[…] Auslassung im Rahmen der Anonymisierung
[Anm. d. Verf. …] Hinweis bzgl. der Auslassung oder Hinzufügen von Informationen

Person 1: Genau. Erläutern Sie zu Beginn bitte kurz Ihre Person und Ihre Stellung in der Klinik.
Person 2: Mein Name ist […]. Ich bin am Klinikum [Anm. d. Vef. BW] in der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie. Die […] für die Außenstellen, unsere Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie hat fünf Standorte, einen Hauptstandort in […] und fünf Außenstellen. Und für diesen Bereich der Außenstellen mit Tageskliniken, Institutsambulanzen und einem Stab Team bin ich […]. Vor drei Jahren habe ich an der Außenstelle […] das StäB Team aufgebaut und war jetzt auch drei Jahre lang […] in diesem StäB Team, so dass ich StäB auch von der direkten Arbeit her kenne.

Person 1: Genau da haben Sie gleich die nächste Frage schon mit beantwortet, wie lange Sie schon Stäbe durchführen. Also Sie haben jetzt ein Team (…).
Person 2: Also wir haben im November 2020 mit einem Team in […] gestartet. Damit waren wir die dritte Klinik in Deutschland, die mit StäB in dieser Form gestartet hat und wir behandeln in, am Standort […] mit einem Team. Fünf Patienten, Stationsäquivalent eben, jetzt seit dreieinhalb Jahren. Im, Anfang diesen Jahres haben wir ein zweites StäB Team aufgebaut, am Standort […] und in diesem Team, das befindet sich noch im Aufbau, werden aktuell zwei Patienten behandelt. Aber auch eine Behandlung von fünf Patienten wird angestrebt.

Person 1: Welche Hürden oder Stolpersteine gab es denn von der Idee bis zur tatsächlichen Implementierung?
Person 2: Da muss ich ein bisschen zurückgehen, weil wir reden, schon seit 2016 über StäB und der größte Stolperstein, also wir fanden das von Anfang an ein gutes Konzept, haben uns darum gekümmert, haben auch alles vorbereitet, aber der größte Stolperstein vor 2020 in Baden-Württemberg war, dass gesagt wurde ihr dürft das gerne machen, aber ihr müsst fünf stationäre Betten dafür umwandeln.

Und das haben wir damals nicht gemacht. Das war der allergrößte Stolperstein, dass wir anfangen konnten oder nicht anfangen konnten. 2020 kam dann die Nachricht Ihr dürft das auch zusätzlich machen und deswegen haben wir sofort gestartet. Was sind Stolpersteine bei StäB? Es ist schon die Kinder und jugendpsychiatrische Behandlung. Es ist eine Veränderung, so dass man Mitarbeiter braucht, die auch Lust haben auf diese Veränderung. Der Unterschied von StäB zu anderen Behandlungssettings, die man in der Klinik anbietet, ist, dass man eben, nicht mehr Gastgeber in dieser Behandlung ist. Also man sitzt nicht in der Sicherheit einer Klinik und seine Kollegen sind im Nachbarraum. (...) genau. Das heißt, man muss Mitarbeiter finden, die auch Lust haben. Ich sag mal, aus dem sicheren Bereich der Klinik rauszufahren, sich auf Neuland zu begeben, die müssen eine gewisse Flexibilität mitbringen usw., so dass bevor man diese Behandlung anbietet. Ja, ist es wichtig, auch Mitstreiter zu finden. Und weil man bewegt sich da wirklich auf ein neues Gebiet und das haben wir 2020 erlebt und das haben wir jetzt auch beim Aufbau des neuen Teams erlebt. Wir sind aber sehr froh, dass wir wirklich auch Mitarbeiter gefunden haben, die gesagt haben Ja, genau das reizt uns. Genau das, dass wir das sehr nah im Umfeld des Patienten machen. Aber ein Stolperstein ist wirklich, dass nicht jeder Mitarbeiter dazu Lust hat und auch dazu geeignet ist. Und man kann auch niemanden sagen, du machst das jetzt einfach, ob du es willst oder nicht. Das heißt, man ist wirklich auch auf, auf interessierte Mitarbeiter angewiesen.

Person 1: Durch die PPPL-Richtlinien wird ja ein multiprofessionelles Team vorgegeben. Welche Berufsgruppen finden sich denn bei Ihnen im Team wieder oder in den beiden Teams?

Person 2: Ja, das ist eine wichtige Frage. Wir haben, wir haben uns an PPRL gelehnt und haben deswegen in unserem Team, was schon fertig aufgebaut ist Ärzte, Psychologen, Pflege und Erziehungsdienst, Fachtherapeuten, Sozialdienst. Also das sind unsere Berufsgruppen, die wir vorhalten, fünf Berufsgruppen und finden das auch sehr gut, StäB multiprofessionell zu machen und streben das auch in dem neuen Team an.

Person 1: Sind die dann in Vollzeit in StäB beschäftigt oder ist es dann die Kombination aus Station oder andere Behandlung und StäB?

Person 2: Das ist so eine wichtige Frage, wenn man ein Team aufbaut, wie möchte man das machen? Wir haben uns dafür entschieden, dass auf alle Fälle das Kernteam, das heißt Ärzte, Psychologe und Pflegekräfte voll in StäB arbeiten, das heißt mit ihrer ganzen Arbeitszeit in StäB arbeiten. Aber wir haben auch einen Sozialdienst und eine Fachtherapeutin, die ein geteiltes Profil haben. Und das liegt so ein bisschen daran wie viel Stellenanteil braucht man in StäB, sodass man einfach bei den Berufsgruppen, wo man nicht so einen großen Stellenanteil braucht, wir auch ein geteiltes Profil gut finden und das lässt sich gut machen. Aber weil es eben doch eine gewisse Flexibilität braucht, haben wir uns dagegen entschieden, Mitarbeiter in der Pflege, im ärztlichen Bereich und im psychologischen Bereich einzusetzen, die noch in einem anderen Dienstplan drinstehen.

Person 1: Wie gestaltet sich denn die Fallführung bei Ihnen? Ist das im Sinne des multiprofessionellen Teams verteilt oder ist es ausschließlich bestimmten Berufsgruppen vorbehalten?

Person 2: Auch das ist eine wichtige Diskussion in StäB. Da ist ja erst mal so die Frage, was ist so die Definition eines Fallführers. Wir haben das am Anfang diskutiert und haben sozusagen die Rolle des Fallführers etwas kleiner gemacht. Das heißt, wir sagen schon, in StäB ist der Fallführer nicht mehr so entscheidend wie in einer anderen Behandlungsform, dass er wirklich die ganze Behandlung steuert. Aber wir haben Aufgaben, die beim Fallführer geblieben sind, und die haben, wir in unserem Bereich jetzt nur auf Ärzte und Psychologen gelegt. Und das ist das Thema, die Aufnahmeuntersuchung, aber eben auch das Entlassmanagement und auch den, den Brief, den ärztlichen Brief schreiben. Das haben wir jetzt auch an den Fall gehängt. Und diese Form der Fallführung machen nur Ärzte und Psychologen und bei uns keine Pflegekräfte. Aber wir, wir sagen immer, dass es eben nicht darum geht, dass der Fallführer über die ganze Behandlung bestimmt, sondern dass das wirklich die Behandlung selber als Team fachärztlich geleitet, aber wirklich im Team durchgeführt wird, so dass sich das für den Patienten selber der weiß, gar nicht, wer sein Behandler ist, wer sein Fallführender Therapeuten ist. Das ist für den gar nicht so spürbar.

Person 1: Okay. Wie hoch ist denn so die durchschnittliche Behandlungsdauer eines Patienten auf der Erfahrung von den letzten dreieinhalb Jahren?
Person 2: Ich habe jetzt keine Zahlen vorliegen, aber ich würde sagen, durchschnittlich ist 8 bis 12 Wochen. Das entspricht so ein bisschen der durchschnittlich Behandlung einer tagesklinischen Behandlung, aber die Spanne ist ein bisschen weiter. Wir haben immer wieder auch Kurzbehandlung insofern, dass wir eher sagen wir, wir starten mit einer StäB Clearing Phase, aus der heraus wir den nächsten Behandlungsschritt planen und das muss dann nicht immer StäB sein. Also das kann auch eine andere Behandlungsform sein, zum Beispiel bei Patienten, bei denen dann doch eine stationäre Behandlung geeigneter ist, aber vorher keine Freiwilligkeit vorgelegen hat, dann versuchen wir durch eine kurze StäB Behandlung diese Freiwilligkeit zu erzeugen. Deswegen haben wir auch kurze Behandlungsdauern, wo wir schon bei Aufnahme sagen, jetzt machen wir, vereinbaren wir das für zwei oder drei Wochen. Aber diese Größenordnung, die ich ihnen genannt habe.

Person 1: Was sind denn so Faktoren, die zu einer erfolgreichen oder gelingenden Behandlung beitragen? Je nachdem, wie man Erfolg definieren möchte?
Person 2: Ja, ja, ja. Also unsere Erfahrung ist, ein ganz wesentlicher Erfolgsfaktor ist der Willen, der Wunsch und auch ein Stück weit die Ressourcen der Familie auf die Erkrankung ihres Kindes einwirken zu wollen. So. Was, wo StäB nicht geeignet ist, besonders bei den jüngeren Kindern ist, wenn die Eltern sagen, so bitte, ihr macht und wir haben damit nicht so viel zu tun. Das funktioniert nicht, weil, weil StäB eben durch diese einstündige Behandlung noch 23 Stunden übrigbleiben, wo wir eben in der Regel, auch die Eltern das familiäre Umfeld befähigen ich sage jetzt einfach mal störungsaufrechterhaltene Faktoren zu reduzieren, die Störungsgenese etwas besser zu verstehen und gut gegenzuarbeiten. Und wenn uns das gelingt, ist es ein großer Erfolgsfaktor in StäB und trägt auch zu dieser Nachhaltigkeit bei, die wirklich auch großen Spaß macht. Aber wenn wir sehen, dass die familiären Ressourcen dafür nicht ausreichen, ist es auch wirklich so ein Risikofaktor, dass es gut läuft. Bei Jugendlichen Patienten ist das weniger wichtig. Also da ist eher so die Bereitschaft des Jugendlichen und, und, und eben auch der Ressourcen und Jugendlichen dann wichtig. Da braucht man die Eltern nicht so, aber bei den

jüngeren Kindern haben wir ist ein wichtiger Gelingens Faktor auch die Haltung der Eltern.

Person 1: Welche Altersspanne behandeln Sie denn?
Person 2: Wir behandeln im Prinzip das ganze Altersspektrum Kinder und jugendpsychiatrisch bis zum 18. Lebensjahr. Wir haben vereinzelt auch Vorschulkinder behandelt unser jüngstes Kind in StäB war dreieinhalb Jahre. Das haben wir damals probeweise gemacht, weil wir einfach das Gefühl hatten, wenn wir das jetzt schnell und intensiv machen, kann man auch präventiv arbeiten, dass der nicht ganz schlimm reinrutscht. Aber das ist jetzt nicht so üblich. Ich sag mal, die häufigsten Patienten sind so ab dem Alter acht, neun, eben dann bis zur Volljährigkeit.

Person 1: Was sind denn Ihre bisherigen Erfahrungen zum, zum Thema Erfolg bzw. um Drehtürpatienten zu verhindern? Also sehen Sie StäB als, als Abschnitt in der in einem in der Intervallbehandlung oder kann StäB auch einzeln eingesetzt werden um danach, ich überspitze das jetzt mal, aber geheilt dann rauszugehen. Wie sieht da Ihre Erfahrung aus?
Person 2: Ja, also ich würde sagen es gibt alles. Aber das häufige ist schon, dass man durch eine StäB Behandlung irgendwie eine zu einer Stabilisierung und auch zu einem guten nächsten Schritt beitritt. Also was wir leider in der Kinder und Jugendpsychiatrie häufig sehen, dass Patienten erkrankt sind, aber überhaupt nicht den Weg in die Behandlung finden, aus Angst vor Krankenhaus, aus Angst vor keine Ahnung vor diesen Dingen und deswegen ist schon auch eine wichtige Aufgabe von StäB ist, in der Familie zu helfen, dass der Patient dann auch in eine geeignete Behandlungsform kommt. Ein Nachteil von StäB ist, dass wir bei Patienten, die kein, die störungsbedingt keine soziale Umgebung mehr haben und kein soziales Umfeld mehr haben, auch keine Peers mehr haben, nicht mehr in Kontakt mit anderen Kindern und Jugendlichen sind, das können wir in StäB relativ schlecht herstellen, so dass wir eben auch einige Patienten, besonders, die auch mit einer sozialen Phobie haben, wo es im Anschluss gut ist, auch noch in ein Behandlungssetting zu gehen mit anderen Kindern und Jugendlichen. So, und deswegen sehen wir da schon eine wichtige Aufgabe, diese Schwellenängste auch zu reduzieren. Das heißt, wir haben häufig Patienten, die wir erst in StäB

behandeln und dann wirklich durch eine mehrwöchige Behandlung erst in die Lage setzen, überhaupt eine Tagesklinik besuchen zu können. So, dass sind die Patienten, die wir in andere Settings überleiten. Wir haben aber auch Patienten zum Beispiel, die ja aufgrund von psychischen Erkrankungen in so eine Schulvermeidung reingerutscht sind und da sprechen wir immer davon, wenn wir gute Behandlungsfortschritte sehen, dass wir die dann auch wieder direkt in die Schule bringen, durch StäB und danach eine ambulante Behandlung ausreichend ist. (...) Ja, dass Patienten geheilt sind im Sinne im Sinne von brauchen überhaupt keine Behandlung mehr. Das ist in der Regel durch die Kürze der Zeit nicht so, aber wir freuen uns, wenn wir es schaffen, dass danach ambulante Behandlung ausreichend ist.

Person 1: Wie ist es denn zum Beispiel bei den Schulvermeidern, wenn die, gar nicht mehr in die Schule gehen und dann im Rahmen von StäB an zumindest zwei Tagen von fünf Tagen. Ist es dann das Ziel, die fünf Tage zu erreichen oder sieht man dann zwei Tage schon als Erfolg, das ist so...

Person 2: Ja. Also bei zwei Tagen von fünf Tagen in die Schule gehen, sprechen wir von einer intermittierenden Schulvermeidung, was ein eher hartnäckiges Symptom ist. Von daher wir versuchen, das ist für uns kein Ziel, nur an einigen Tagen zu gehen. Aber ein Ziel kann sein, an jedem Tag reduziert in die Schule zu gehen. Das kann ein Ziel sein, weil nicht alle Patienten den vollen Umfang schaffen. Ja, bei den Schulvermeidern haben wir jetzt bei uns verschiedene Möglichkeiten. Wir haben die Möglichkeit, mit unserer Klinikschule sehr eng zusammenzuarbeiten, die auch unseren StäB Patienten ein Schulplatz anbietet, sodass da sehr individuelle Beschulung und da fangen wir manchmal mit fünf und zehn Minuten im Klassenzimmer sein an, dass wir das wirklich auch gut steigern können und sind da auch sehr dankbar um diese Möglichkeit, unseren StäB Patienten eben auch einen Klinikschulbesuch anbieten zu können. Ja, aber jetzt so intermittierende, manche Schultage gehe ich und an anderen Schultagen gehe ich nicht, das ist ein Symptom, was wir als ein sehr Hartnäckiges und ein Risikosymptom halten, deswegen versuchen wir, aus diesem Muster herauszuführen.

Person 1: Sehen Sie denn auch Schwachstellen in der stationsäquivalenten Arbeit?

Person 2: (...) Also ich. Eine Schwachstelle habe ich genannt, dass wir eine Behandlung anbieten, ohne dass wir im Prinzip eine ausreichende Menge an Peer-Kontakt in der Behandlung anbieten können. Wir machen in unserer Behandlung immer auch eine, einmal pro Woche eine, Gruppentherapie. Das ist ein sehr, sehr wichtiger Baustein, um eben auch die Gruppenfähigkeit und die Ängste eben vor anderen Patienten, vor anderen Kindern und Jugendlichen zu reduzieren. An dem Arbeiten wir, und das ist auch ein wichtiger Baustein. Aber wie gesagt, gerade im Jugendalter ist oft der Peerkontakt ein sehr wichtiger Faktor. Wenn der gelingt, einfach auch ja ein guter Faktor, um besser aus ner Depression oder Angst herauszukommen. Das ist, glaube ich, eine Schwachstelle von StäB, weswegen ich aus meiner Sicht nicht sage, bei jedem Patienten ist StäB besser als alles andere. Aber es gibt Phasen, bei Patienten, in denen es nichts Besseres gibt als StäB.

Person 1: (...) gut. Welche Herausforderungen sehen Sie denn auch bezüglich der Finanzierungssituation? Also gibt es da spezielle Vereinbarungen oder ist da was angestrebt? Genau.

Person 2: Also eine große Schwierigkeit ist, dass wir bei der Finanzierung ja immer verschiedene Player haben. Wir haben einmal die Politik, die sagt, wir brauchen mehr Ambulantisierung, wir brauchen mehr gemeindenahe Versorgung, wir brauchen auch mehr aufsuchende Versorgung, das ist alles politisch gewünscht. Das ist inhaltlich auch komplett richtig, weil es im Prinzip auch dem Psychiatrie Reform Gedanken entspricht. Die Krankenkassen sollten eigentlich dankbar sein, weil die stationäre Behandlung, die aller teuerste Behandlungsform ist. Und trotzdem sehen wir eben immer wieder ganz starke Bestrebungen, keine neue Behandlung finanzieren zu wollen, aus Angst, dass es dann zu viel wird. Deshalb berichten alle StäB Teams und auch wir, von einer relativ starken Gegenwehr und eben dem Versuch einer Unterfinanzierung, damit sich StäB nicht etablieren kann. Ja, und das ist sehr, sehr schade und das hätte ich mir, hätte ich mir jetzt auch vor vier Jahren anders vorgestellt, weil ich gedacht hätte, das müsste doch ein guter Deal auch für die Krankenkassen sein, eine intensive, aber günstigere Behandlung anbieten zu wollen und trotzdem ist wirklich eine ausreichende Finanzierung eine große Herausforderung, glaube ich für jedes Krankenhaus.

Person 1: Jetzt ist es ja so, dass es in Baden-Württemberg, also ich glaube speziell für Baden-Württemberg diese diesen Sockelbetrag bzw. plus obendrauf die Vergütungen anhand der Berufsgruppen gibt. Das ist ja auch mittlerweile so weit kostendeckend. Wie ich mitbekommen habe Bzw. Muss ja da auch immer wieder nachverhandelt werden. Ist dann noch mal irgendwie was, was angedacht oder gibt es da noch irgendwelche Schwierigkeiten?

Person 2: Also wir sind ja eine Klinik des (…) und wir haben uns sehr stark engagiert und auch unsere Controller und unsere Finanzabteilung, das StäB pauschal abgerechnet wird und eben nicht mit Sockel und Einzelleistung. Es ist uns bis jetzt noch nicht gelungen ein Finanzierungsmodell mit den Kassen zu vereinbaren. Das heißt momentan werden wir immer retrograd finanziert, zuletzt das, also es werden einfach in Jahresabschlüssen wird uns Geld gezahlt. Das war bislang auch auskömmlich, aber wir haben jetzt noch keinen, keine klare Zahl. Also wir haben jetzt kein Budget in der Hinsicht verhandelt, dass klar ist, an jedem Tag generieren wir so und so viel Geld, sondern noch sind wir im Retrograden, verhandeln für die Jahre, die zurückliegen, und die Leistung, die wir erbracht haben. Aber wir streben sehr stark, eben eine pauschalierte, eine also das eine Tagespauschale gezahlt wird und das ist noch ein Prozess, der im Gange ist.

Person 1: Also das würde auch am nähesten an ein adäquates Finanzierungsmodell für StäB kommen.

Person 2: So eine besser berechenbares also einfach, dass Krankenkassen, dass die Krankenhäuser damit auch besser planen können. Ja, genau deswegen ist das jetzt unser Bestreben.

Person 1: Das heißt, derzeit gehen sie noch in Vorleistung.

Person 2: Wir gehen in Vorleistung genau, und kriegen genau in Jahresabschlüssen hinterher das bezahlt. Aber das ist natürlich noch kein Modell, wo wir sagen können, jetzt wissen wir, dass unsere Finanzierung gesichert ist.

Person 1: Und wie ich jetzt auch auf der StäB Tagung gehört habe, ist es ja so, dass jede Klinik das im Einzelfall mit dem Kostenträger, mit den Krankenkassen ausmacht. Das ist ja noch mal, ist ja noch mal eine Erschwernis für jedes.
Person 2: Ein großes Erschwernis. Und deswegen gibt es auch Krankenhäuser, die sagen, wir haben da keine Lust zu, deswegen bieten wir auch keinen StäB an, Ja, was wir in Baden-Württemberg gemacht haben, ist, dass wir Controller vernetzt haben. Also haben sich Controller mehrerer Kliniken eben zum Thema StäB vernetzt und haben auch ihre Zahlen offengelegt. Das war jetzt so ein bisschen ein Versuch, das nicht immer durch Einzelkrankenhäuser, das ist der Preis weiter runter geht und da so eine Konkurrenz entsteht. Genau deswegen, und das hat eigentlich ganz gut funktioniert. Das ist da auch so Zusammenschluss gegeben hat. Das ist nicht passiert, dass wirklich so eine Unterfinanzierung auch vereinbart wird.

Person 1: Ja, das ist auch nicht attraktiv. Wenn, wenn, wenn Kliniken also die Behandlung unterfinanziert ist, dann macht es eine Klinik wahrscheinlich auch nicht, nicht lange.
Person 2: Nein. Dann wird sie es überhaupt nicht machen. Das ist ein aus. Eine unterfinanzierte Behandlung wird nicht angeboten werden und das ist schade im Fall von StäB und deswegen haben wir gesagt, da müssen wir uns irgendwie vernetzen und da sehen wir uns als (…) in Baden-Württemberg auch ein Stück weit als ein Vorreiter. Deswegen kämpfen wir da gerade auch noch für eine andere Zahlungsform.

Person 1: Es gibt ja auch schon andere Bundesländer, die die Tagespauschalen vereinbart haben mit, mit den Krankenkassen zusammen.
Person 2: Genau, so ist es, genau. Und es gibt wohl auch gesetzlich einen Spielraum für die Tagespauschale, auch wenn in Baden-Württemberg andere Modelle schon vereinbart sind. Aber eben auch noch entgegenhalten.

Person 1: Wie verändert sich denn jetzt auch StäB, auch im Hinblick auf die, auf die neue PIA, auf die aufsuchende Pia in Baden-Württemberg, das bayerische Modell.

Person 2: Also für StäB ist, ist es sehr gut, dass die PIA-Finanzierung jetzt von der Pauschale weg ist zum bayerischen Modell. Weil wir vorher das Problem hatten, dass wir entweder StäB sieben Tage pro Woche anbieten konnten oder eben wieder ein nicht sehr hochfrequentes ambulantes behandeln und durch eben jetzt die neue PIA-Finanzierung haben wir die Möglichkeit, auch im Ausschleichen von StäB zwei Tage pro Woche aufsuchen zu behandeln, einen Tag und so die Behandlung bedarfsgerechter anbieten zu können, deswegen sind wir sehr froh darum. Ich glaube aber zum jetzigen Zeitpunkt nicht, dass sich StäB durch die PIA-Finanzierung ersetzen lässt. Ja, also wir glauben, dass StäB als alternative Behandlungsform so bleiben muss. Aber im Vorfeld oder im Nachfeld ist es gut, eben dann über aufsuchende PIA noch die Behandlung so zu Zuschneidern, wie sie der Patient braucht.

Person 1: Um dann einfach eine ausgleichende Behandlung anbieten zu können, weil es ja doch StäB ist. Ja, sehr, sehr intensiv. Wenn, wenn sieben Tage die Woche jemand da ist und dann auf einmal gar niemand mehr. Das ist schwierig und das.
Person 2: Ist uns immer rückgemeldet worden als die große Schwierigkeit.

Person 1: (...) Derzeit gibt es ja nur eine sehr geringe Anzahl an Kliniken in der KJP, die StäB überhaupt anbieten. Was glauben Sie denn? Wieso ist das so?
Person 2: Das kann ich Ihnen auf verschiedener Ebene sagen. Also ein ganz schwieriger Punkt ist unsere PPP-Richtlinie, die einfach sagt, wir müssen für die Station, für die Tagesklinik Personal nachweisen. Und dieses Gesetz ist ja auch 2020 scharf geschaltet worden. Und sehr lange stand wirklich die Drohung im Raum, wenn ihr nicht genug Personal habt, müsst ihr Strafen zahlen usw., was wirklich ein aus von vielen Kliniken bedeutet hätte. So, jetzt ist StäB außerhalb von PPP, das heißt man muss im Prinzip, wie Personal über haben, das heißt man muss im Prinzip seine Tagesklinik und Station personell so ausgestattet haben, dass man es sich leisten kann, ein zusätzliches Team aufzubauen. Und das ist eine große Hürde für ganz viele Krankenhäuser, die das gerne anbieten würden. Aber dadurch, dass sie eben in dieser Nachweispflicht sind, wie ihr Personal auszusehen hat, können sie sich das fast nicht leisten. Das ist eine ganz große Hürde.

Person 1: (...) Gibt es noch, noch weitere Schwierigkeiten. Warum? Warum so spärlich angeboten wird, sage ich jetzt mal, es sind ja insgesamt nur...

Person 2: Der zweite Punkt ist die unsichere Finanzierung. Also was ich gesagt habe, dass es wirklich ein mühsamer Weg ist fürs Krankenhaus, dann sind die, die, die Hürden des Strukturnachweises relativ hoch bei StäB, auch da haben die Krankenkassen dafür gesorgt, dass sie sehr hohe Hürden bauen. Das heißt, auch die OPS-Strukturmerkmale sind sehr hoch, was einfach den Nachweis der fachärztlichen Leitung, der Anwesenheit eines Psychologen usw. erfordert. Und dadurch, dass man eben auch diese sieben Tage pro Woche hat, ist das gar nicht so einfach, diese Strukturmerkmale zu erfüllen als Klinik, zumal jeder, jeder MD anfängt zu verhandeln und zu sagen ihr braucht einen Arzt, der 24 Stunden bereitgestellt werden muss, um Aufsuchende eingreifen zu können. Und das kann keine Klinik gewährleisten, so dass man das eben über andere Dinge abbilden muss. Aber jetzt erstmal, das Strukturmerkmal wird sehr hoch gehängt und da braucht es auch die Vernetzung der Krankenhäuser zu gucken, wie macht ihr das denn, dass ihr diese Strukturmerkmal liefern könnt, man kann es liefern, aber ebenso, wie es erstmal gefordert wird, ist es wie eine unüberwindbare Hürde.

Person 1: Ja, es gibt ja auch Kliniken, die aufgrund der Anforderung, dass immer ein Arzt vor Ort sein muss, 24 sieben gar nicht gar nicht beginnen können.

Person 2: Ja, genau. Aber im Prinzip geht es um die ärztliche Eingriffsmöglichkeit und wir und ganz viele Kliniken bilden das über den fachärztlichen Hintergrunddienst ab. Der hat die ärztliche Eingriffsmöglichkeit und den gibt es auch immer. Ja, so, und das, weil es gibt den Vordergrunddienst, das sind ja manchmal in manchen Kliniken auch Psychologen und nicht Ärzte, so dass das kompliziert ist. Aber in der Regel haben alle einen fachärztlichen Hintergrunddienst, über den man dann diese ärztliche Eingriffsmöglichkeit abbilden muss. Das ist eigentlich das, was funktioniert. Genau.

Person 1: Dann kommen wir schon zur letzten Frage Was würden Sie sich wünschen, um StäB in der Gesamtversorgung besser etablieren zu können?

Person 2: Was würde ich mir wünschen? Also ich würde mir auf der einen Seite total wünschen, dass noch mehr davon erfahren, dass es StäB gibt. Das ist wahnsinnig, also wir machen es seit drei Jahren, es ist wahnsinnig mühsam

wegzukommen von dem Bild - Kinder- und Jugendpsychiatrie bedeutet immer in ein Krankenhaus gehen müssen – zu es gibt andere Behandlungsformen, dass das fängt, schon bei der Tagesklinik an, das weiß nicht jeder, bei der Ambulanz weiß es nicht jeder usw. Also viel mehr Aufklärung, was es gibt und eben auch ja, wünschen würde ich mir eben eine sichere, auskömmliche Finanzierung, also dass da auch gesellschaftlich was für getan wird zu sagen, ne, das ist wichtig und das leisten wir uns und das ist nicht auf dem kleinen Kleinfeld immer verunmöglicht wird. (...) Ja und wie gesagt, ich würde mir auch ein wandelndes gesellschaftliches Bewusstsein wünschen, was eben bedeutet, bei einer psychischen Erkrankung eines Kindes können ganz viele Menschen helfen und nicht nur der Therapeut alleine. Ja, und das ist im Prinzip das, was in StäB gelebt wird zu sehen, Ja, bei einer psychischen Erkrankung gibt es viele Dinge, die helfen können, aber eben auch das direkte Umfeld des Patienten kann was dazu beitragen. Und deswegen, ich spreche immer von einer Befähigung auch des familiären Umfelds im Umgang mit dieser Erkrankung, was in der Regel wirklich die Prognose deutlich verbessert, wenn diese Befähigung aufgebaut wird und ein Bewusstsein dafür, dass das wirklich auch ein wichtiger Punkt ist und man nicht sagt, oh, der ist krank, der muss ins Krankenhaus, das muss jemand anders reparieren. Also das wären so Sachen, die ich mir wünschen würde, die wir vielleicht auch über StäB so ein bisschen verändern können. Und da würde ich mir wünschen, wenn wir uns in zehn Jahren wieder treffen, dass ich ihnen sage, da hat sich wirklich was getan und das wäre sehr, sehr zum Wohle der Patienten. Ja.

Person 1: Okay, dann sage ich schon mal vielen Dank und stoppe die Aufnahme.

Anhang 12 – Interview 6 (I6)

Disclaimer
Im Rahmen der Transkription wurden folgenden Transkriptionsmittel unterstützend verwendet:
(..) Sprechpausen (kürzer als 5 Sek.)
[…] Auslassung im Rahmen der Anonymisierung
[Anm. d. Verf. …] Hinweis bzgl. der Auslassung oder Hinzufügen von Informationen

Person 1: Gut. Erläutern Sie bitte zu Beginn kurz Ihre Person und Ihre Stellung in der Klinik.
Person 2: Ja. Ich heiße […]. Ich bin Facharzt für Erwachsenen und auch für Kinder- und Jugendpsychiatrie, also beide Facharztabschlüsse gemacht und arbeite zurzeit hier in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als leitender Oberarzt und verantworte unseren Außenstandort in [Anm. d. Verf. Norddeutschland], wo wir auch seit jetzt knapp zweieinhalb Jahren das erste Team gegründet haben.

Person 1: Genau, das war schon die nächste Frage, wie lange sie schon durchführen. Also das ist dann seit zweieinhalb Jahren aktiv?
Person 2: November 21 haben wir gestartet. Genau.

Person 1: Welche Hürden oder Stolpersteine gab es denn von der Idee, meist ist die Idee ja schon etwas länger zurück oder liegt die Idee schon etwas länger zurück bis zur tatsächlichen Implementierung in der Klinik?
Person 2: Ja sehr viele. Also letztlich gibt es ja nicht viele Konzepte, auf die man zurückgreifen kann. Und mir war es auch wichtig, dass wir was Neues schaffen. Wir haben einen sehr systemischen Ansatz also, der sehr auf den Einbezug der gesamten Familie abzielt. Die ganzen Rahmenbedingungen, da werden wir sicher auch noch bei anderen Fragen draufkommen, zielen aber vor allem auf erwachsene Patienten ab. Dort behandelt man im Schnitt ja zum Beispiel chronisch kranke Patienten, begleitet die für zwei, drei Wochen und wir machen ja mit unseren zehn Wochen unter Einbezug der gesamten Familie nen sehr anderen Schwerpunkteinsatz und das sind auch weiter Stolpersteine, die da im Weg stehen. Nur so als Beispiel, Elterngespräche zum Beispiel werden nicht, eigentlich nicht, vorgesehen im StäB und die sind natürlich für uns ganz, ganz wichtig.

Person 1: (...) Gab es denn sonst, also von der, von der Idee bis zur Ausführung, irgendwelche strukturellen Schwierigkeiten, auch vielleicht im Kliniksetting oder auch mit, mit Kostenträgern, die ja das Ganze erschwert haben.

Person 2: Ja, also für Kliniken, die das starten wollen, macht es natürlich Sinn, im Vorfeld das schon zu beantragen und zu gucken, dass dann auch die Umsetzung möglich ist, da war ich jetzt zum Beispiel gar nicht beteiligt ist, wurde schon im Vorfeld gemacht. Ich kümmere mich wirklich vor allem um die inhaltliche Ausgestaltung und da hatten wir im Prinzip ein weißes Blatt Papier und konnten uns da auch sehr gut verwirklichen und gucken, wie viel Personal braucht man, wie wird fährt man an, wie gestaltet man die Woche für die Patienten. Also uns war wichtig, dass die möglichst normal in die Schule gehen können, was natürlich auch dafür sorgt, dass wir dann eher am Nachmittag bei den Familien sind. So weit wie möglich, soll das normale Leben aufrecht erhalten werden. Das war zum Beispiel eine der Sachen, die wir da umgesetzt haben. Ja, und dann lernt man einfach von den Erfahrungen und macht dann so seine, seine Erfahrungen auch mit den Familien. Wann sind Anfahrtszeiten besser, wie, wie stellt man sich personell auf, also das kam alles so im Verlauf dann, so wirkliche Stolpersteine gab es da jetzt eigentlich nicht. Also die Kassen sind da auch sozusagen wohlgesonnen. Es wird halt sehr viel geprüft vom Medizinischen Dienst. Also teilweise wird jeder Fall geprüft und insbesondere sehr auf die Rahmenbedingungen geschaut und da hat man so ein bisschen oft den Eindruck, dass es dann nicht um das Inhaltliche geht, sondern um die formalen Kriterien. Also als Beispiel, was mich gerade auch ärgert ist, wenn eine Visite wegen einem Feiertag verschoben wird und ich die dann am nächsten Tag in meiner Mittagspause mache, nach Weihnachten war das jetzt zum Beispiel, dann ist aber der Abstand zur vorherigen Visite aufgrund des Feiertags nicht mehr sieben Tage, sondern acht Tage und das wird dann zum Beispiel moniert. Und dann frage ich mich, na ja, gut, ich verstehe, dass man sich an die Rahmenbedingungen hält, aber was wäre denn jetzt die Alternative gewesen. Dass ich an Weihnachten eine Visite mache, das ist ja nicht umsetzbar, oder dass sie ausfällt. Dann doch lieber so irgendwie. Das sind gerade die, die Fallstricke.

Person 1: (...) Okay. Durch die PPPL-Richtlinien wird ja ein multiprofessionelles Team vorgegeben. Welche Berufsgruppen finden sich denn da bei Ihnen im Team wieder?

Person 2: Also wir haben Pflege- und Erziehungsdienst, also entweder pädagogische Fachkräfte oder pflegerische Fachkräfte. Wir haben Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, eine Ergotherapeutin und halt mich als Arzt. Bislang habe ich noch nicht die Notwendigkeit gesehen, da jetzt eine ärztliche Kollegin für abzustellen, sondern ich mache das immer noch alles selber. Das führt auch dazu, dass ich dann zum Beispiel ja eigentlich Assistenzärztliche Tätigkeiten mache, wie jetzt Blutentnahme, Kinder untersuchen und sowas. Aber ich bin ja eh in der Familie und dann macht das Sinn, das einfach vor Ort zu machen. Also es gilt so ein bisschen, dass man einfach für alle Tätigkeiten, die dann anfallen, offen sein muss und wir das nicht so sehr in Schubladen denken also, sondern eher als gemeinsames Team eben stemmen.

Person 1: Sind denn die Mitarbeiter, die Sie jetzt im Team haben? Sind die jetzt ausschließlich im StäB eingebunden oder sind die noch zum Teil auf Station im Dienstplan? Wie handhaben Sie das?

Person 2: Sie sind jetzt nur in StäB. Genau. Aber das ist jetzt der Status jetzt, am Anfang ging das noch nicht, da war das ja auch eine Art Testballon. Und dann hat die erste Kollegin zum Beispiel noch auch in der Ambulanz gearbeitet. Aber es ist schon sinnvoll, das natürlich zu begrenzen, weil es gibt genug zu tun. Und genau. je klarer umschrieben der Arbeitseinsatz dann auch ist, desto besser glaube ich für die Mitarbeiter.

Person 1: Wie gestaltet sich denn die Fallführung bei Ihnen? Also ist im Sinne von einem multiprofessionellen Team, dass da das jetzt nicht ausschließlich auf bestimmte Berufsgruppen bezogen ist. Oder gibt es da schon die Vorgabe, es muss ein Psychologe, Therapeut, Arzt sein?

Person 2: Also es gibt in den Rahmenbedingungen keine Vorgabe dazu, ich bin da tendenziell auch offen. Es gibt ja zum Beispiel auch Kollegen im Pflege und Erziehungsdienst, die eine therapeutische Ausbildung machen. Mal gucken, ob wir so jemanden vielleicht in Zukunft dann auch gewinnen können. Dann wäre auch vorstellbar, dass die Person dann Fallführung macht. Im Moment macht das die,

machen das die, Psychotherapeutinnen und das finde ich so auch sinnvoll also ich glaube, es macht wenig Sinn, dass ich als Arzt und Leiter des Teams die Führung übernehme. Und mir, mir persönlich ist schon wichtig, dass man ein gewisses therapeutisches Verständnis da mitbringt, weil das, glaube ich, zum Koordinieren in der Fallführung ganz sinnvoll ist.

Person 1: (...) Wie hoch ist denn so die durchschnittliche Behandlungsdauer eines Patienten?
Person 2: Die kann ich Ihnen ganz genau sagen, weil wir die selten verlassen. Das sind immer 70 Tage eigentlich. Also mal haben wir auch jemanden länger oder es gibt natürlich auch mal einen selten, einen Abbruch der Behandlung, aber in der Regel sind die einfach zehn Wochen durchgeplant die Patienten.

Person 1: Das ist eine strikte Vorgabe. Ist das von, von Ihnen so festgelegt oder wo kommen die zehn Wochen her?
Person 2: Ähm. Wir haben überlegt, was wir alles in der Zeit schaffen wollen. Wenn man jetzt irgendwie kennenlernt, Diagnostikphase, Elternarbeit alles mit einbezieht, dann sind zehn Wochen gar nicht so lange. Ab Woche 9, 10 lässt aber auch so eine gewisse Müdigkeit nach, der Patienten, die dann schon auch sagen, ja Mensch, jetzt wart ihr, jeden Tag bei mir, jetzt reicht es mal und die zehn Wochen an sich einfach aus klinischer Sicht als gute Lösung erstmal erwiesen. Vorgaben gibt es dazu nicht, so dass das unsere, unsere Maßgabe.

Person 1: Was sind denn so Faktoren, die zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen würden?
Person 2: Ich denke auf jeden Fall die, die Mitarbeit der Eltern muss man schon sagen, also dass alle sozusagen das Gefühl haben, man gibt jetzt nicht nur das Kind ab wie so eine Kfz-Werkstatt, also ein kaputtes Auto, sondern dass irgendwie auch klar ist, auch bei auf Seiten der Eltern müssen sich halt Dinge verändern vielleicht. Und grundsätzlich eine gute Zielbesprechung. Also wo will man überhaupt hin in der Zeit Und dann kann man eigentlich auch wirklich viel schaffen. Also mehr, ich bin ja großer Fan von StäB, in dem Buch was ich veröffentlicht habe, habe ich es ja so ein bisschen vollmundig, Revolution der Behandlung genannt und so erlebe ich es aber auch, weil ich persönlich den

Eindruck habe, Mensch, wo waren wir denn all die Jahre. Warum haben wir nicht schon viel früher StäB gemacht. Weil man Kinder nicht mehr in einem künstlichen Raum hat, in der Tagesklinik oder auf Station, sondern wirklich am Alltag, an Problemen arbeiten kann und deswegen sind die Verläufe wirklich super. Also wir haben das jetzt nicht groß wissenschaftlich begleitet, aber so vom, vom klinischen Verlauf her, tolle Verläufe der Patienten.

Person 1: (...) Was sind denn Ihre bisherigen Erfahrungen im Bezug auf so Drehtürpatienten oder Intervallbehandlungen? Wo würden Sie denn da StäB verorten? Würden Sie da sagen, das ist ein individueller Baustein oder ist es als Vorbereitung Nachbereitung, Tagesklinik, Station. Wie, was ist denn da so ihre Erfahrung?

Person 2: Ja Sowohl als auch. Also man kann das natürlich an ne Akutbehandlung in der Klinik anschließen, je nach Krankheitsbild auch. Aber wenn es zum Beispiel darum geht, wieder in den Alltag zu kommen oder so ist StäB natürlich gut. Aber ich nutze es vor allem als systemisch wirksames Tool, wenn man so ein bisschen den Eindruck hat, zum Beispiel in der Tagesklinischen Behandlung, man kommt nicht so wirklich hinter die Symptomatik, weil man zum Beispiel gar keinen Einblick hat in das Elternhaus oder wie die Eltern sind. Dann ist das sinnvoll. Es ist ja vom, vom Grundgedanke ersetzt, es eine stationäre Behandlung. Aber ich denke eher es erweitert sie sogar, dass man einfach die ganzen systemischen Faktoren beachten kann und dann hängt es wirklich vom Krankheitsbild ab, an welcher Stelle in der Behandlung man das sozusagen macht.

Person 1: Also wenn jetzt jemand in der stationären, stationsäquivalenten Behandlung mehr Bedarf sich herauskristallisiert, das dann auch okay, dann noch mal stationärer Aufenthalt oder auch danach vielleicht sogar nur noch eine ambulante Nachbetreuung. Das sind beides Möglichkeiten.

Person 2: Genau. Also es gibt auch das, dass wir mal jemanden von StäB auf Station entlassen, weil wir denken, der braucht zum Beispiel wirklich auch mal eine Auszeit von der Familie, sage ich jetzt mal, aber in der Regel ist es eher andersherum, also dass wir schon gucken, denjenigen wieder alltagstauglich zu machen.

Person 1: (...) Sehen Sie denn auch Schwachstellen in der StäB? In der StäB Arbeit?

Person 2: (...) Ja. Also ich meine, man muss, glaube ich noch mal über die ganzen Rahmenbedingungen sprechen. Es ist ein sehr hoher Codieraufwand für uns. Also ich, gerade gestern, ich nehme den Patienten auf, dann muss ich am selben Tag eine Fallbesprechung machen und eine Visite kodieren, was in den Rahmenbedingungen so vorgegeben wird, aber inhaltlich ja gar nicht sinnvoll ist, weil bei der Aufnahme bespreche ich ja eh schon den Fall mit dem Team. Also ich würde mir eine etwas praxisnähere Umsetzung wünschen, auch bei den Prüfungen. Also ich biete auch jedem dann an, entweder unser Buch zu schauen oder auch gerne vorbeizukommen und zu hospitieren, um einfach zu sehen, wie wirkungsvoll StäB ist und diese, dieser wahnsinnige Aufwand am Kodieren und dieses häufig, aus meiner klinischen Sicht, sehr kleinliche Herumreiten auf irgendwelchen Tagen und dann sind manche Sachen juristisch schwammig definiert. In der Regel muss die Behandlung zu Hause stattfinden, Ja, in der Regel ist nicht definiert. Also heißt das jetzt in meiner Urlaubszeit, wo es für uns schwer umsetzbar ist, alle Patienten weiter anzufahren, ist es dann okay, wenn meine Oberärztin die Visite hier macht in der Klinik, für die Zeit, oder nicht? Das sind immer so Einzelfallentscheidungen oft und das macht so ein bisschen müde und ist glaube ich gar nicht so sinnvoll, wenn man sich einfach mal mit einem grundlegenden Konzept beschäftigen würde und sich einfach auch stärker loslöst von den Rahmenbedingungen, die von den Erwachsenen psychiatrischen Patienten kommen. Ich kenne ja als erwachsener Psychiater beide Welten und kann auch gut verstehen, wo das herkommt. Aber ich glaube, wir brauchen dringend eigene Kriterien für die Kinder und Jugendpsychiatrie zum Beispiel, das ein Eltern Gespräch als Kontakt fehlt, weil eben die Arbeit nicht nur am Patienten stattfindet und das teilweise sehr kontraproduktiv dann auch ist. Also wir müssen dann den Patienten anfahren sehen den natürlich, damit der Kontakt stattfindet und dann müsste man den Patienten ja eigentlich rausschicken, um in Ruhe mit den Eltern sprechen zu können und das macht natürlich keinen Sinn. Also planen wir die Eltern zusätzlich noch mal ein, was ja eigentlich, wenn man so will, überhaupt nicht vergütet wird. Also, und das ist schade, weil wir, glaube ich, hier im Team mit einem sehr großen Eifer und Herzblut da rangehen. Aber für Kliniken, die vielleicht gar nicht die Möglichkeiten haben oder auch einfach nicht diesen mehr

als 100 % Willen, den wir da auch als Pioniere so ein Stückweit haben, muss man wirklich so sagen. Dann führt das vielleicht dazu, dass man keine Elterngespräche macht und dann kann man aber eigentlich kein systemisches Setting machen. Also ich glaube, das ist so der große Wunsch, den ich da hätte. Und unsere Türen stehen ja immer offen. Man kann gerne sich das mal angucken, auch als Gutachter die, die vielleicht die Fälle prüft. Ja, um einfach mal zu schauen, was machen die denn da eigentlich? Und dann wird man, glaube ich, feststellen, dass da an vielen Stellen noch nachgebessert werden sollte.

Person 1: (...) Gibt es denn, oder, ja, sehen Sie denn Herausforderungen auch bezüglich der der Finanzierungssituation? Ist ja auch ein großer Teil der Struktur, die, die gesicherte Finanzierung. Wie ist es denn bei, bei Ihnen derzeit gelöst? Also ich hab so mitbekommen, das ja, dass jede Klinik, jedes Krankenhaus, jedes Bundesland so eigene eigenes Süppchen kocht, sage ich jetzt mal.

Person 2: Ähm, genau. Also ich denke, dass es grundsätzlich zwei Bestrebungen gibt. Zumindest ist das so die Rückmeldung, die ich von den letzten Symposiums zu dem Thema oder Diskussionspanels gehört habe. Es gibt diejenigen, die das unbedingt weiterlaufen lassen wollen, so wie es jetzt ist. Dann wäre mein Wunsch eben Anpassung der Rahmenbedingungen. Oder man spricht darüber, dass als ambulante intensive Hilfe zu finanzieren. Auch das wäre ja denkbar, ne und eigentlich ist es das ja zumindest in der KJP oft auch. Also an vielen Stellen stimmt das stationsäquivalent ja nicht so, im Endeffekt ist es ja egal, Hauptsache man hat die Möglichkeit weiter so schön zu Hause mit den Patienten zu arbeiten. Also mir persönlich ist es erstmal vollkommen egal, wie das ganze finanziert wird, Hauptsache wir können die gleiche Qualität und Leistung erbringen. Und ich glaube, da ist es jetzt gut, dass viele Kliniken nachziehen und dann einfach auch mit ihren eigenen Problemen, die ja oft auch in der Finanzierung bestehen, noch mal darauf aufmerksam machen, dass es da eben Lösungen braucht. Und genau, ich würde mir wie gesagt eine Anpassung der Rahmenbedingungen wünschen.

Person 1: (...) Gibt es denn für, für Ihr Bundesland spezielle Vereinbarungen? Also dass jetzt andere Kliniken da nachziehen können, die Sie mit dem

Kostenträger verhandelt haben? Also so eine Tagespauschale. Ich weiß, in Baden-Württemberg ist es zum Beispiel so, da gibt es ja diesen, diesen Sockelbetrag plus die, ja, berufsgruppenbezogene Vergütung, andere ja, also gibt es verschiedene Modelle.

Person 2: Ist mir jetzt nicht bekannt. Also ich weiß von einigen Kollegen, die sind aber eher so im süddeutschen Raum, dass die teilweise Kooperationsverträge mit bestimmten Krankenkassen oder sowas haben. Also da ist natürlich auch vieles denkbar. Wir machen das Prinzip im Prinzip einfach offen für alle Kassen und ja, wir haben das an die normalen Kostenabrechnungsstrukturen der Klinik angegliedert.

Person 1: Also ist das dann, gehen sie dann in Vorleistung, also holen Sie sich das dann am Jahresende zurück. Oder ist es dann im Sinne von ambulanten Leistungen, die dann quartalsmäßig abgerechnet werden?

Person 2: Nein, es läuft über eine stationäre Leitung, also Stationsäquivalent, genauso, wie bei Station auch. Nachdem der Fall entlassen ist, wird er sozusagen von unserer entsprechenden Fachabteilung dann sozusagen in Rechnung gestellt und dann gibt es ja meist eine Prüfung des Falls. Also wie man es von Stationen auch kennt.

Person 1: (...) Wie, wie, wie würden Sie sich denn wünschen, wenn Sie sich ein Finanzierungssystem für StäB wünschen könnten, also im Sinne von einer Tagespauschale, oder?

Person 2: (...) Also ich ja, so dass letztlich, ich habe damit auch nicht so viel zu tun mit der inhaltlichen Gestaltung. Solange es sich trägt, ist es mir recht. Ja so und das ist, glaube ich, für mich das Entscheidende. Klar für den Klinikbetreiber muss ich das natürlich auch rechnen, es fallen ja dann auch Kosten weg für Räume usw. Von der aktuellen Finanzierung, die Höhe der Finanzierung und so was bin ich zufrieden. Also ich glaube, da müsste man gar nichts ändern. Aber wie gesagt, ich will nicht nach Weihnachten unter größten Aufwand noch die Visite machen und dann hören die mir einen Tag zu spät. Das ist das, was mich gerade ärgert und ich glaube, das ist auch nachvollziehbar, weil dann teilweise auch mehrere Tage wegfallen und nicht bezahlt werden. Und das ist für die Kollegen, die da an Weihnachten zu den Familien rausfahren, natürlich

nicht schön zu hören, dass ihre Arbeit dann eigentlich umsonst war, an dem Tag. Das ist sie natürlich nicht, weil wir inhaltlich da waren und das auch alles machen. Aber genau, da würde ich mir ein bisschen mehr Spielraum und auch Vertrauen wünschen, dass wir da schon das Richtige machen und eben die Anpassung der Rahmenbedingungen, was zum Beispiel Elterngespräche angeht oder auch eine Visite in der Klinik ist letztlich für das Kind eher von Vorteil, weil wir dann einfach ermöglichen können, dass es in die Schule geht. Das haben wir dann auch mal umgestellt und fahren jetzt wirklich immer an, um da einfach auch keine Angriffspunkte für die Finanzierung zu geben. Und klar, ich kann auch verstehen, eine aufsuchende Behandlung, da legt man vielleicht Wert darauf, dass die Visite zu Hause ist, immer. Aber für das Kind selber, aus Sicht des Kindes war es viel besser, wenn die zu uns nacheinander in die Klinik kommen, weil dann die enormen Fahrzeiten wegfallen und die einfach noch mehr ihren Alltag nachgehen können. Und von der Qualität ist es oft sogar besser, dass in der Klinik zu machen, weil dann wirklich auch die Ergotherapeutin mit zur Visite kommen kann und man das als multiprofessionelles Team machen kann. Genau das haben wir jetzt zum Beispiel, machen wir nicht mehr wir fahren jetzt immer an und das klappt auch. Aber ja, also da macht man es letztlich wegen der Rahmenbedingungen so und macht sich keine Gedanken was wäre denn jetzt vielleicht inhaltlich sogar sinnvoller.

Person 1: (...) Derzeit gibt es ja nur eine sehr überschaubare Zahl von Kliniken, die StäB gerade in der KJP anbieten. Was glauben Sie denn, woran könnte das liegen?

Person 2: Na ja, letztlich ist das natürlich auch ein Aufwand. Man muss irgendwie Fahrzeuge beschaffen, brauchtes Personal, dafür braucht nen Patientenstamm. Das sind schon Faktoren, die vielleicht erst mal nicht so attraktiv sind, wenn man das viel einfacher umsetzen kann, indem man einfach noch eine Station aufmacht oder eine Tagesklinik oder was auch immer. Also die Hürde ist ja bei allen Projekten so was Neues zu schaffen ist natürlich erstmal sehr hoch. Ich kann mir auch vorstellen, dass dann nicht jede Klinik da so offen ist. Ich kenne auch Kliniken, die sagen StäB machen wir auf gar keinen Fall. Warum macht es ja keinen Sinn wir haben ja die Räume hier, warum sollen wir dann da zu den Patienten fahren. Und das zeigt mir ja schon okay, die haben dann vielleicht auch nicht so ganz verstanden, welches Potenzial da drin steckt, weil

selbst wenn man die ganze Klinik noch leer hätte und könnte da Station um Station aufbauen, dann ist ja trotzdem der Einblick, den wir zu Hause gewinnen, nicht anders zu, zu erhalten. Und ich sage solchen Kolleginnen dann immer, ja, kommt doch mal, guckt euch an oder berichte von den Therapieverläufen und macht da natürlich auch ein bisschen Werbung für das Kliniken sich trauen, irgendwie diese Projekte umzusetzen. Und ich hoffe auch, dass das Buch zum Beispiel da hilfreich ist und einfach vielen so ein bisschen die Angst nimmt. Klar, es ist ein Ausprobieren und anstrengend und ich merke das gerade jetzt, wo wir das Team noch mal verdoppelt haben. Das bringt dann immer neue Schwierigkeiten auch mit und man muss viele, viele Sachen sich Gedanken machen, die vielleicht auch Station wegfallen. Aber es lohnt sich, weil man einfach ein super erfülltes Arbeiten haben kann.

Person 1: Heißt das jetzt, Sie haben derzeit zwei Teams? Oder sind am Aufbau vom zweiten.

Person 2: Das zweite baut sich gerade auf, aber wir haben dann perspektivisch Richtung Sommer zwei Teams, die jeweils fünf Patienten betreuen.

Person 1: Dann kommen wir auch schon zur letzten Frage. Was würden Sie sich wünschen, um StäB in der Gesamtversorgung noch besser etablieren zu können? Sie haben ja schon ein paar Wünsche geäußert, Aber vielleicht haben Sie noch abschließend die zündende Idee oder den Wunsch, wenn Sie da, sich was wünschen dürften.

Person 2: Ja, also ich glaube, dass man diesen Grundgedanken, der jetzt auch nicht nur von mir und meinem Team herkommt, sondern von vielen, eigentlich allen Kollegen, die, die mit StäB arbeiten, dass man das wirklich, deswegen habe ich dieses, diese Überschrift auch gewählt als Revolution der Behandlung, begreift und sieht wie viele Möglichkeiten man mit StäB hat. Das ist ja vor allem das systemische Arbeiten in dem Umfeld am Problem selber. Die Kinder können größtenteils ihren Alltag nachgehen, bleiben in der Heimat Schule, müssen nicht in der Klinik beschult werden. Also StäB hat einfach wahnsinnig viele Vorteile. Ist eigentlich für alle Krankheitsbilder ganz gut geeignet, es gibt natürlich ein paar Ausnahmen, so im Suchtbereich, bei Essstörungen zum Beispiel, wo vielleicht ein restriktiveres Setting als StäB notwendig ist. Aber die Verläufe

sind toll, also die Kinder werden einfach, habe ich den Eindruck, viel gesünder als wir das in anderen Settings werden. Das kann ich natürlich jetzt nur so gefühlt belegen und ich will auch gar nicht Stationen abschaffen oder sowas. Es ist schon, glaube ich wichtig, dass als das zu sehen, was es ist eine gute Ergänzung, aber eben eine, die sich lohnt und die von den Familien wahnsinnig gut angenommen wird. Also die eine Mutter hat mir neulich erzählt, dass sie hier im Supermarkt dann unsere Flyer verteilt hat, weil sie so begeistert war von StäB und die Eltern fühlen sich wirklich angenommen, die fühlen sich in die Behandlung inkludiert. Das kann man selbst auf einer Station, wo man wöchentliche Elterngespräche führt, nicht in dem Maße, glaube ich, machen. Und genau, deswegen wünsche ich mir, dass das andere unserem Beispiel folgen und dann vielleicht auch ein bisschen der Druck wächst, diese Rahmenbedingungen doch so anzupassen, dass wir in der KJP sagen können, ja, da hat jemand verstanden, worum es da bei uns geht. So also Stichwort Elterngespräche, die ganzen Punkte, die wir jetzt vorhin schon besprochen haben, wo ich aus meiner Sicht noch dringenden Nachbesserungsbedarf auch sehe.

Person 1: (...) Okay, super, dann sage ich schon mal vielen Dank und stoppe die Aufnahme.

Anhang 13 – Interview 7 (I7)

Disclaimer
Im Rahmen der Transkription wurden folgenden Transkriptionsmittel unterstützend verwendet:
(..) Sprechpausen (kürzer als 5 Sek.)
[…] Auslassung im Rahmen der Anonymisierung
[Anm. d. Verf. …] Hinweis bzgl. der Auslassung oder Hinzufügen von Informationen

Person 1: Erläutern Sie zu Beginn bitte kurz Ihre Person und Ihre Verbindung zu StäB.

Person 2: Mein Name ist[…], bin Psychiater, Professor für Psychiatrie und Psychotherapie, von der Funktion her Geschäftsführer von zwei diakonischen psychiatrischen Einrichtungen, einer davon ein Klinikträger und stellvertretende Geschäftsführer des […], einem Klinikverbund psychiatrischer psychosomatischer Kliniken in Baden Württemberg. Mit der StäB-Thematik bin ich seit Beginn schon seit Entwicklung des Gesetzes befasst, damals beratend in verschiedenen Gremien der DGPPN und der Bundesdirektorenkonferenz. Dann nach der Gesetzgebung als beratender Psychiater der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der Vorbereitung und auch in der Verhandlung des Bundesrahmenvertrages StäB. Dort haben wir dann in nem mehrmonatigen Verfahren gemeinsam mit den Vertreterinnen der Krankenkassen auf Bundesebene diesen Rahmenvertrag miteinander abgestimmt. Das heißt, aus dieser Zeit kenne ich auch die Absichten beider Seiten und die Problemlagen, die in der Umsetzung von StäB von vornherein erkennbar waren, sehr gut, wir haben versucht, mit diesem Bundesrahmenvertrag die wesentlichen Punkte zu regeln und zu klären. Aber wie immer gibt es weiterhin eine Reihe von Schnittstellen und Problemlagen. Die versuchen wir und haben wir versucht, über weiterhin bundesweite Treffen in diesen Runden abzustimmen. Das ist jetzt zu Ende gegangen. Auch da war ich beteiligt, habe das Ganze moderiert und geleitet. Und jetzt zuletzt sind meine An ja Anknüpfungspunkte weiterhin. Als […] der AG StäB der DGPPN, das heißt eine Arbeitsgruppe, wo sachlich, inhaltlich, StäB Fragen diskutiert werden, wir uns austauschen untereinander, unter den Kliniken, die StäB betreiben. Und im Alltag bin ich natürlich schlicht als Geschäftsführer letztverantwortlich für die Umsetzung von StäB in unseren Häusern und mache das mit entsprechend großem Engagement, weil mir die Sache sehr wichtig ist.

Person 1: Also das heißt, Sie sind seit. Seit 2017 gibt es das Gesetz. Also, seitdem sind Sie engagiert. Vertreter dabei.
Person 2: Intensiv.

Person 1: Ja, und im Speziellen in der Kinder und Jugendpsychiatrie auch. Oder ist es eher der Erwachsenenbereich?
Person 2: Der ist es vor allem der Erwachsenenbereich, von meiner Seite her, weil ich einfach auch Erwachsenenpsychiater bin und wir in unseren Einrichtungen nur eine Kinder- und Jugendpsychiatrie betreiben. Das ist die Kinder und Jugendpsychiatrie in […]. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat ja andere Zuschnitte der Versorgungsgebiete in Baden-Württemberg. Die sind deutlich größer als die der Erwachsenenpsychiatrie wie Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Universitätskliniken spielen da auch eine andere Rolle, weil sie ein Teil dieser Versorgungsgebiet übernehmen, also die Unikliniken in [Anm. d. Verf.: Baden-Württemberg] und von daher sind die Verhältnisse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein bisschen andere, auch die Voraussetzungen, für StäB durch die große Entfernung von vielen Wohnorten, die aber noch zum Versorgungsgebiet gehören, stellt eine ganz besondere Herausforderung dar. Insofern ist Stäbe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein bisschen anders vor allem in so einem Flächenbundesland wie Baden-Württemberg.

Person 1: Wenn sie sagen, Sie waren von der von der Idee schon mit dabei. Vom Entwurf des Gesetzes und haben da auch schon die Schwierigkeiten gesehen oder die Intention von beiden Parteien? Welche? Welche Hürden, welche Stolpersteine würden Sie denn da von der Idee bis zur Implementierung beschreiben?
Person 2: Ich denke, die Kernproblematik ist die Einbindung eines solchen aufsuchenden Akutbehandlung Systems in die sehr starre Welt des SGB V in Deutschland ganz grundsätzlich. Diese Trennung zwischen ambulanten und stationären Strukturen, die so im Bereich der Tagesklinik ein bisschen aufgeweicht werden konnten über die Jahrzehnte. Die ja in irgendeiner Form zu überbrücken ist extrem schwierig. Und das gelang und konnte in Deutschland auch nur so gelingen, dass man StäB und so ist es jetzt auch geworden, sehr nah an der Grundidee des Stationären platziert. Daraus sind einige Voraussetzungen entstanden, die uns im Alltag Probleme machen. Das ist die Notwendigkeit des

täglichen Kontakts, was nachvollziehbar ist in der Akutbehandlung. So ist es eben in der Klinik, auch dort, wir jemand täglich gesehen von verschiedenen Mitarbeitenden der Station und so soll es muss es dann in der Logik auch in StäB sein. Das ist nicht in jedem Einzelfall, zu jedem Zeitpunkt therapeutisch notwendig und sachgerecht. Manchmal auch von den Patienten nicht gewünscht. Aber das ist nicht zu ändern, zumindest vorläufig nicht. So flexible Konzepte wie in anderen Ländern, das quasi von der ambulanten Behandlung bis hin zur intensivstationären wie in StäB nahtlos und lückenlos in einem System die Behandlung stattfindet. Das war zum Zeitpunkt 2016, wo das Gesetz entstanden ist, nicht vorstellbar in Deutschland. Und deshalb sind die Regularien und das Gesetz so geworden, wie es eben ist. Es war von vornherein klar, dass es da Schwierigkeiten gibt. Dann, wenn die Patienten am Ende ihrer Behandlung sind, sich alle wünschen würden, dass man ein wenig ausdünnen kann, was die Intensität der Behandlung anbetrifft, und so langsam wieder ins normale Alltagsleben zu Hause zurückzufinden. Aber diese Problematik musste wohl in StäB genauso in Kauf genommen werden, wie es eben in der stationären und tagesklinischen Behandlung auch ist. Da haben wir eine große Lücke zur Intensität der ambulanten Versorgung, die nur in wenigen Bundesländern jetzt überbrückt werden konnte. Es ist eine der Kernprobleme von StäB. Vieles andere, viele kleinere Regularien, die jederzeit mögliche Zugriffs- und Angriffsfähigkeit halte ich persönlich für die Behandlung von Akutpatienten für sinnvoll und notwendig. Manche anderen Formalien wie Voraussetzungen an die Wohnung, manche Voraussetzungen, dass sie Anwohnenden mit einverstanden sind usw. Da gibt es ein paar Formalia, die man auch verzichten könnte, aber das war der Aushandlungsprozess und das kann man mit etwas Aufmerksamkeit auch gut bedienen.

Person 1: Wenn Sie jetzt gerade bei Formalia sind. Die PPL-Richtlinien geben ja ein multiprofessionelles Team vor, und sie waren ja auch an dem Prozess mit beteiligt, welche Berufsgruppen denn inkludiert sein sollten. Sehen Sie da jetzt noch, noch Nachbesserungsbedarf? Gibt es Berufsgruppen, die jetzt mit der Zeit sich vielleicht etablieren können oder konnten? Oder sagen Sie, das ist immer noch gleichbleibend geltend? Da wird nichts dran geändert?

Person 2: Ja, vom Grundsatz her ist es gleichbleibend geltend und auch richtig so! Die Behandlung in der Psychiatrie muss multiprofessionell sein, weil alle Berufsgruppen ihre spezifischen Kenntnisse, auch diagnostischen Erkenntnisse und ihre therapeutischen Fähigkeiten in die Behandlung einbringen müssen. Nur so wird es im Gesamtbild des Patienten, der Patientin und so kann es auch eine umfassende, gute, gelingende Therapie werden. Die genannten Berufsgruppen, wie sie niedergelegt sind, sind passend. Es gibt immer so ein paar Punkte, gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es wichtig, dass die Erzieher auch eingebunden werden können. Das ist jetzt eine Berufsgruppe, die nicht medizinisch ist, aber dennoch wichtig. Genauso die Heilerziehungspfleger, wo wir lange gerungen haben, dass sie auch im stationären Kontext jetzt als Pflegekräfte akzeptiert werden. Das ist gelungen, das gilt auch für StäB. Eine Lücke besteht noch bei den Genesungsbegleitenden. Das ist eine Gruppe von Personen, die man nicht als Berufsgruppe wirklich bezeichnen kann, weil es keine, keine Ausbildung dahinter steht, sondern eine Qualifizierung oder eine Selbsterfahrungsebene. Dennoch ist es eine Gruppe von Personen, die wir gerne noch verstärkt mit einbinden würden. Das ist mittlerweile aber in den meisten Kliniken, wo es gewünscht wird, auch möglich. Da könnte man noch formal nachschärfen, dass wäre eine Erweiterung. Aber das gilt für die gesamte psychiatrische Behandlung in allen Bereichen. Das ist kein Spezifikum von StäB, aber dort eben auch gültig. Ansonsten denke ich, passt es.

Person 1: Wie sollte sich denn auch die Fallführung gestalten, dass das auch im Sinne von einem multiprofessionellen Team, dass die Verantwortung dann auch aufgeteilt wird oder dass auch in Einzelfällen Erzieher oder Heilerziehungspfleger Fallführungen machen können? Oder sagen Sie, das ist ausschließlich Ärzten oder Psychotherapeuten vorbehalten?

Person 2: Also da sind wir in der Welt des Krankenhauses und unterliegen dem Krankenhausrecht. Das ist auch nicht auszuhebeln. Insofern ist letztlich fallverantwortlich immer ein Facharzt, eine Fachärztin. Das halte ich auch für richtig, dass die Verantwortung dort platziert ist. Wer im Einzelfall dann den besten Draht zum Patienten, zur Patientin hat und welche Funktion innerhalb der Gesamtbehandlung konkret übernimmt, das ist Sache des Einzelfalles, auch der Teamzusammensetzung und der spezifischen Kompetenzen. Aber fachlich und auch

formal juristisch liegt die Letztverantwortung beim behandelnden Therapeuten. Und das ist in diesem Fall der ärztliche.

Person 1: (...) Was sind denn so Faktoren, die zu einer erfolgreichen Behandlung in StäB, vor allem in StäB beitragen? Was sind denn so ihre Erfahrungswerte daraus?

Person 2: Sehr wichtig ist, dass es uns gelingt und das ist organisatorisch schwierig, tatsächlich so flexibel zu sein in den Angeboten, dass wir den individuellen Bedarf zeitnah so decken, wie er auftritt. Das heißt, wenn jemand eine krisenhafte Zuspitzung hat während seiner Behandlung, muss es möglich sein, dass wir auch zwei, drei Mal am Tag hingehen. Dass man zwischendrin vielleicht eine kleine Videokonferenz oder einen Telefonkontakt macht. Dass verschiedene Berufsgruppen auch bereitstehen, je nachdem, was jetzt notwendig ist. Wenn. Probleme mit dem Arbeitgeber auftreten oder irgendein spezifischer Antrag schnell für das Arbeitsamt ausgefüllt werden muss. Dann muss Sozialarbeiter, der das kann und sich auskennt, einfach zur Verfügung stehen. Wenn jetzt dran ist, dass jemand selbstständig die Wohnung verlassen kann und gehbehindert ist und ergotherapeutische oder bewegungstherapeutische Behandlung braucht, dann sollte das nicht zwei Wochen dauern, sondern man sollte in dieser Woche einfach zwei drei Stunden pro Woche diese spezielle Behandlungsform angeboten werden können. So kann man das durchdeklinieren. Es geht einfach darum, dass wir nicht, das wird leider vielfach getan, aus organisatorischen Gründen. Wir starr eine halbe Stunde oder eine Stunde pro Tag als Behandlungszeit einplanen und dann versuchen, im Dienstplan zu schauen, wer hat denn Zeit, so zu sagen. Sondern, also das ist nicht organisationsgeführt, die Behandlung durchgeführt wird, sondern wirklich patientenzentriert. Das ist in allen Strukturen, wo multiprofessionell gehandelt wird und wo Dienstpläne notwendig sind und die Zeit knapp ist und das Geld auch und das Personal optimal eingesetzt werden muss, immer schwierig. Das sind zwei gegenläufige Anforderungen. Die Teamorganisation und die hochindividuelle Behandlungsform. Und das zur Passung zu bringen, das ist die größte Herausforderung. Und daran hängt meines Erachtens, ob das gelingt oder nicht. Dann auch die Qualität der Behandlung.

Person 1: (...) Was sind denn Ihre Erfahrungen aus diesen ganzen Jahren StäB in Bezug auf Drehtürpatienten oder Intervallbehandlungen? Oder auch grundsätzlich die Frage Sehen Sie StäB als abgeschlossenes Behandlungsmodul oder kann davor oder nachgeschalteten noch Stationen kommen oder Tagesklinik? Oder ist es überleitend? Ist es vorbereitend. Es ist so multi, multidimensional das Tool

Person 2: Ja. Auch da ist stellt kein Sonderfall, sondern jede Form der Behandlung hat ein Vorher und ein Nachher und muss eingebunden sein in das Leben vorher und die Behandlung nachher. Und zwar nicht nur in die Behandlung im Sinne der medizinischen Behandlung, sondern eben auch in alle Bereiche der sozialen oder beruflichen Rehabilitation. Das heißt, alles, was mit dem Patienten zu seiner Unterstützung geschieht, muss irgendwie im Idealfall aus einer Hand, aber zumindest abgestimmt erfolgen. Und die verschiedenen Therapeutinnen, Begleitungen, Fachberaterinnen müssen voneinander wissen und sollten aufeinander bezogen arbeiten. Das heißt, man kann StäB einfach da einsetzen, wo es gerade im Moment in der Entwicklung dieses Patienten sinnvoll und notwendig ist. Genauso lange wie das der Fall ist. Genau in dem Umfang, wo das benötigt wird. Und. Wenn andere Behandlungsformen besser sind, dann sollte man StäB nicht durch. Ganz einfach. Und wenn es richtig gut läuft, dann kann, so versuchen wir das jetzt allmählich umzusetzen. Kann das gleiche Behandlungsteam oder wenigstens ein, zwei Menschen aus dem Behandlungsteam, die sonst die ambulante Behandlung machen, dann in der Krise jemand in Stäbe hinein begleiten, die intensive Behandlungsform durchführen oder zumindest begleiten und hinterher dann weiterbehandeln, weil dann die Erkenntnisse aus der Akutbehandlung wieder in die ambulante Versorgung übergehen und gleichzeitig auch in der Akutbehandlung all das, was man aus dem ambulanten weiß, mit eingebunden werden kann. Das ist organisatorisch sehr schwierig, aber das wäre das Ziel. Ähnlich eingebunden, sollte eine Akutbehandlung in StäB auch sein wenn jemand zum Beispiel ambulant betreutes Wohnen erhält, also im normalen Alltag Unterstützung erhält. In den Bereichen Teilhabe, Alltagsgestaltung usw. Tagesstrukturierung. Das war vorher notwendig und wird hinterher wahrscheinlich auch wieder notwendig sein. Und wir versuchen dann, diese Personen während der Behandlung auch einzubeziehen, bei denen einzubeziehen, dass hier eine Kontinuität besteht. Insofern muss Stäbe eingebunden sein in das Vorher und das Nachher und gegebenenfalls ergänzt werden mit anderen Komponenten, die durchlaufen. Zum Beispiel wenn wir Stäbe im Alten

und Pflegeheim durchführen, dann bleibt natürlich die körperliche Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit erhalten. Die besteht vorher, die besteht hinterher. Die ist Voraussetzung dafür, dass der Mensch ein möglichst selbstständiges Leben führen kann. Die Erkrankung kommt dann dazu, genauso wie StäB dazukommt zur Behandlung dieser Erkrankung diese akute Erkrankung, aber das andere läuft durch. Das heißt, es muss berücksichtigt, beachtet werden, weil es Interaktionen gibt, natürlich zwischen der Pflegebedürftigkeit und der akuten psychischen Erkrankung. Aber diese Basis besteht weiterhin im StäB, ergänzt dann das Angebot sozusagen in den notwendigen ergänzenden Bedarf im Einzelfall. Also insofern sind die anderen Hilfen sehr eng verbunden mit StäB und müssen auch eng verbunden sein. Bei aller Berücksichtigung der getrennten Kostenträger und Leistungsträgerschaft, auf die man natürlich sehr klar Rücksicht nehmen muss und wo man auch aufpassen muss, dass man nicht Dinge vermengt, die getrennt geregelt sind. Das ist das typisch Deutsche an dem System, auch wieder in der Abgrenzung zwischen SGB V und SGB IX, Das gibt es in anderen Ländern in dieser Form nicht. Da hat man eine staatliche Gesundheitsfürsorge und Generalfürsorge, zum Beispiel in England, wo die Dinge viel mehr ineinandergreifen und auch ineinander organisiert werden, aber manchmal auch eben zurückgefahren werden, wenn das Geld dem Staat fehlt. Da haben wir bei uns über die Versicherungssituation eine bessere Situation.

Person 1: Sie haben jetzt vorhin noch erwähnt, die Patienten sollen so lange behandelt werden, wie es notwendig ist. Gibt es denn da so einen Durchschnittswert oder gibt es so einen, einen Rahmen, in dem sich StäB bewegt? Also ich habe ja mit unterschiedlichen Kliniken schon gesprochen, da ist alles dabei, von sechs Wochen bis 40 Wochen oder noch länger.

Person 2: Ja Auch zwei Tage. Also es gibt in der Psychiatrie im Gegensatz zur Somatik, wo die DRG's ja eingeführt wurden, weil man so ein bisschen, bisschen sagen kann, die und die Diagnose braucht eine so und so lange Behandlung. Das ist in der Psychiatrie nicht möglich. Eine Depression kann in einer Woche oder in zehn Wochen angemessen behandelt sein und dann braucht man eben so lange in der Klinik oder eben nicht. So ist es in StäB auch. Es gibt gewisse Erfahrungswerte, so rund 30, 40 Tage. Ein bisschen länger als im stationären Kontext sind die üblichen StäB Behandlungen. Es ist aber ein momentane Situationsaufnahme. Es kann sich verändern über die Jahre. Aber so ist die

Erfahrung derzeit. Es gibt gewisse Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen. Wie auch im stationären Kontext sind die Suchtpatienten etwas kürzer in Behandlung, Schizophreniekranke sind etwas länger in Behandlung, die Depression, liegt irgendwo dazwischen. Und dann gibt es für die anderen großen Diagnosegruppen Angsterkrankungen, Belastungsreaktionen usw. gibt es völlig unterschiedliche breite Streuung, je nach Einzelfall. Aber man kann keine Regel aufstellen, wie lange StäB sein sollte. Es gibt keine Norm, sondern der individuelle Bedarf definiert die Dauer der Behandlung und da legen wir auch Wert drauf. Auch wenn die Krankenkassen das häufig nicht so sehen wollen. Die hätten es gern etwas planbarer und etwas formalistischer. Da muss man immer gegenhalten, weil das dem Patienten nicht entspricht.

Person 1: (...) Sehen Sie denn auch Schwachstellen in der stationsäquivalenten Behandlung?

Person 2: (...) Ja, wir können zum Teil natürlich Personen, die sehr pflegebedürftig sind, schlecht versorgen. Wir können Menschen, die akut vital gefährdet sind durch hochgradige Suizidalität ohne Absprachefähigkeit nicht in StäB behandeln. Also da gibt es Grenzen. In StäB, das ist keine Schwäche da von Stäbe, sondern ist einfach in der Behandlung Struktur gegeben. Das sind die Begrenzungen würde ich nicht als Schwäche, sondern als Begrenzung benennen, wo man dann auch vorsichtig sein muss zum Schutz der Patientinnen. Eine Schwäche kann eben darin bestehen. Zwei Schwächen sind denkbar, eine, wenn man zu stark in der Behandlung ist und es nicht hinbekommt, wie vorhin beschrieben, die individuell notwendige Behandlung wirklich gut zu machen. Es gilt für Stationen natürlich genauso. Da kann man gut einen schlecht behandeln. Und in StäB gibt es noch ein Risiko, wenn Klinikträger das als Sparmodell verstehen. Dort, wo ein fester Pflegesatz pro Tag vereinbart wurde. Wenn man dann mit einer halben Stunde aufsuchender Tätigkeit durch die Pflege diesen Tagessatz in Anführungszeichen abgreift und nicht schaut, was der Patient braucht, dann wäre das Missbrauch und das ist theoretisch möglich. Genauso wie es möglich ist, dass man auf der Station oder in der Tagesklinik Patient einfach verwahrt und nicht behandelt, bis das irgendwie deutlich wird. Das dauert auch eine gewisse Zeit. Und das sind Risiken, die immer bei schlechten Behandlungsformen oder bei Missbrauch des Systems entstehen können. Das gibt es auch. Entsteht. Das sind

grundsätzliche Schwächen von stationär und auch StäB Behandlung. Ansonsten liegt eine Schwäche immer im Einzelfall, wenn eben das Behandlungskonzept nicht passend gestaltet wird. Wenn das Team nicht gut aufgestellt ist. All das ist wie im normalen Leben einfach auch in StäB der Fall.

Person 1: Welche Herausforderungen sehen Sie denn auch bezüglich der Finanzierungssituation? Ich hatte es ja eingangs kurz, dass ja jeder, jedes Krankenhaus, jedes Bundesland selbst verhandeln kann. Das macht es natürlich individueller, aber auch manchmal, ich glaube auch schwieriger. Was ist denn da so? Ihre?

Person 2: Das ist für, für kleine Krankenhäuser manchmal ein bisschen schwierig, weil die auch nicht im eigenen Stab dann die entsprechende Kompetenz haben, häufig, um das durch zu verhandeln. Es ist in psychiatrischen Abteilungen häufig schwierig, spezifische psychiatrische Konzepte wie StäB angemessen zu verhandeln, weil häufig auf ein ganzes großes Klinikum Rücksicht genommen werden muss, wo andere Fachgebiete dann mit ihren Anliegen eine ganz andere Wertigkeit und Bedeutung haben. Da gibt es Schwierigkeiten, Neues, ganz grundsätzlich Neues zu verhandeln und auch eine gewisse Scheu manchmal von denen, die sich nicht gut damit auskennen. Das hindert die Einrichtung. Da wäre es einfacher, wenn es landesweit von einheitlichen Satz verhandelt würde. Aber so ist es ja sonst auch nicht mit den Pflegesätzen, zumindest mit den stationären tagesklinischen, da muss man einfach ran. Und es braucht eine gewisse Risikobereitschaft für die Unternehmen, was Neues zu beginnen das, ohne das geht es nicht, aber ohne das wird man auch mittelfristig keine gute Versorgung betreiben können und gute Behandlung anbieten können. Insofern muss man da einfach durch als Träger. Und so schwierig ist das jetzt auch wieder nicht. In Baden-Württemberg hat man ein gemeinsames System verhandelt, das heißt es wurde auch nicht landesweit verhandelt, sondern es war in meiner Klinik […] haben wir das quasi das erste Mal verhandelt. Die Kassen waren zu gewissen Dingen bereit, zu andere nicht und dann haben wir es eben zusammengebastelt und es war dann und ist bis heute ein Modell für Baden-Württemberg. Das ist eine Mischung aus einer Pauschalfinanzierung als Sockelbetrag plus einer leistungsangepassten Finanzierung eben je nachdem, wie viele Menschen vor Ort in die Behandlung eintreten. Und mit welchem Aufwand das geschieht, wie lange man fährt usw. Das

heißt es ist eine Mischung aus Einzelleistungsvergütung und Pauschalvergütung. In anderen Bundesländern ist es in der Regel über den Tagessatz geregelt, das heißt eine Pauschalvergütung. Und das mittelt sich dann über die einzelnen Patientinnen so vom Aufwand ungefähr heraus. Ich kenne viele Häuser, die auskömmlich finanziert sind. In Baden-Württemberg ist das mit dem System auch geschehen. Es gibt andere Häuser, die stationär auch schlecht bezahlt werden. Die werden in der Regel in StäB auch schlecht bezahlt. Das ist dann ein Gesamtärgernis und nicht StäB spezifisch. Das ist dann, da muss man einfach besser verhandeln.

Person 1: Ja.

Person 2: Ja. So einfach ist es tatsächlich. Klingt einfach, ist natürlich im Einzelfall sehr schwierig, aber das ist kein StäB-spezifisches Problem.

Person 1: (...) Würden Sie sagen, also das mit dem, mit dem Sockelbetrag, mit der Tagespauschale und den Einzelleistungen, ist das ein Finanzierungssystem, das so weit gut ist, oder gibt es jetzt noch was zum Optimieren, wo Sie sagen, wenn Sie es jetzt noch mal verhandeln würden, würden Sie es anders machen, oder?

Person 2: Ja, also ich würde sagen, beide Modelle sind möglich, wenn man beide gut. Gut. Also der Sockel entsprechend passt und die Einzelvergütung entsprechend passt. Ist das ein gutes, geeignetes Modell. Und ich denke so für den Beginn in einer neuen Behandlungsform ist es durchaus passend, dass man, wenn man noch nicht wirklich weiß, wie der Aufwand im Durchschnitt im Einzelfall ist. Das man dann sagt, man bezahlt einfach den Aufwand im Einzelfall und schaut über die Jahre, ob man so eine durchschnittliche Situation herausfiltern kann. Dann kann man irgendwann auch auf durchschnittliche allgemeine Tagessätze übergehen. Aber jetzt am Anfang war es für alle einfach ein bisschen durchsichtiger. Was geschieht wirklich? Welche Leistung wird erbracht? Ich muss als Kasse nur die Leistung bezahlen, die wirklich erbracht wird. Es gibt keine Blackbox, wo ich was bezahlt und nicht weiß, was dafür geleistet wird. Und für uns ist es auch so, dass wir wissen, das ist die andere Seite. Wenn ein Patient hoch aufwendig ist, dann kriegen wir das refinanziert und müssen das nicht irgendwie pauschal durch einen Patienten mit weniger Aufwand ausgleichen, wie das sonst eben der Fall ist. Insofern war das auch und ist auch für uns jetzt in

der Einführung Phase und Lernphasen. Die, würde ich sagen, geht gut über 5 bis 10 Jahre, bis so eine ganz neue Behandlungsform sich etabliert. Ist das ein geeignetes Modell. Es ist nicht das Beste oder das Einzige, aber es ist geeignet und für uns derzeit passend.

Person 1: Okay, derzeit gibt es ja nur eine sehr geringe Anzahl an Kliniken in der KJP, die StäB anbieten. Was glauben Sie denn, woran könnte das liegen?
Person 2: Es sind im Moment glaube ich neun, wenn ich es richtig weiß, bundesweit. Es liegt an ähnlichen Gründen wie in der Erwachsenenpsychiatrie. Eins habe ich schon genannt, Man muss es neu verhandeln. Es ist ein gewisser Aufwand, man sich dem Widmen. Und viele Kliniken waren jetzt in den letzten Jahren einfach durch Corona, das war ein Punkt und durch andere strukturelle Veränderungen und jetzt auch einfach über die Bedrohungslage von Krankenhäusern insgesamt durch die gesamte politische und wirtschaftliche Lage nur mäßig bereit, Neues auszuprobieren. Das ist die eine Seite, dass die Klinikträger, wenig freie Kapazität hatten, sich dem zu widmen. Da muss man schon überzeugt sein, dass es ein sinnvolle Sache ist und wichtig ist für die Versorgung und dass einem die Versorgung auch wichtig ist. All das kann man nicht unbedingt immer und bei jedem Träger voraussetzen. Das zweite ist, dass es für die (…) ein Umdenken erfordert, weil die stationäre Behandlung natürlich was Vertrautes ist. Eine aufsuchende Behandlung individuell durch Einzelpersonen, die nach draußen gehen, ist für Klinikmitarbeiter etwas Ungewöhnliches. Alle haben damit schon Erfahrung aus aufsuchender Institutsambulanz arbeiten oder aus anderen Kontexten und da gibt es eine gewisse Hürde. Da muss man die Menschen auch schulen, da muss man sie begleiten, das muss man gut vorbereiten und gut planen und auch das ist ein gewisser Aufwand, den manche Kliniken scheuen. Ist so ein zweiter Grund, warum es so zögerlich eingeführt wird. Dann gibt es auch natürlich unter den Kolleginnen und Kollegen manche, die sagen, das Heil liegt in der Krankenhausbehandlung und Behandlung zu Hause ist dämlich und kann nicht zum Ziel führen. Wir brauchen ein spezielles Setting, wir brauchen ganz spezielle Gruppenangebote. Wir brauchen die Sicherheit und den Rückzug im stationären Gesamtgeschehen. Aus meiner Sicht stimmt es sicher für manche Patientinnen und Patienten bestimmt, aber nicht für alle. Und wir kennen sehr viele, die von diesem Angebot einfach nicht erreicht werden. Deshalb bin ich der Überzeugung,

wir brauchen StäB, um neue, andere Patientinnen, die dringend Behandlung brauchen, zu erreichen, die eben nicht in die Klinik kommen. Und ich bin überzeugt und das zeigen auch, wie solche Untersuchungen. Es gibt Menschen, die von StäB mehr und besser profitieren als von der stationären Behandlung. Da lernen wir gerade, welche das sind. Aber die gibt es und die wollen wir ja möglichst optimal behandeln. Und ich finde eine Klinik, die diesen Anspruch hat, zielgruppenspezifisch und möglichst jeweils optimal zu behandeln. Die sollten eben StäB auch in ihr Portfolio des Angebotes mit aufnehmen. Und da reicht es meines Erachtens nicht zu sagen das Alte hat sich bewährt und was neues brauchen wir nicht. Also Sie sehen, eine gewisse Kritik an manchen Kolleginnen steckt da mit drin.

Person 1: Aber wenn Sie jetzt schon was das Neue ansprechen. Es ist ja neu in Baden-Württemberg, das bayerische Modell für die PIA´s verhandelt worden. Dadurch ist ja eine aufsuchende Behandlung, eine ambulante Behandlung auch möglich. Inwieweit sehen Sie denn da Synergieeffekte oder vielleicht auch Schwierigkeiten, gerade für die StäB Behandlung?

Person 2: Keine Schwierigkeiten, nur die reine Freude. Ja, weil wir tatsächlich jetzt genau das tun können, was, was wir uns immer gewünscht haben. Wir können Krisen im ambulanten Setting abfangen. Wenn man noch ein bisschen steigern muss, um es nichts, die nächste Eskalationsstufe gleich mit stationär oder stationär äquivalent ziehen. Man kann so ein bisschen mehr machen. Wir haben ein bisschen viel mehr machen muss, machen ein bisschen viel mehr. Und wenn das nicht mehr reicht, dann hat man in der Regel die Intensität, dass es klug ist, den Menschen täglich anzuschauen, auch noch intensiver anzuschauen. Und dann hat man die Behandlungsbedürftigkeit, wo man sonst sagen würde, jetzt geht es ambulant und auch Aufsuchende in der Form nicht mehr. Jetzt wäre die stationäre Behandlung angezeigt und dann ist man StäB. Solange es so ist, kann man StäB nach den Regularien von StäB weiterführen. Das wird am Ende auch im baden-württembergischen Modell immer noch besser bezahlt, als wenn man es rein aufsuchen aus der PIA heraus macht nach den neuen Regularien, weil einfach dann in dieser Struktur dann auch andere Hintergrundsbedarfe bei der schweren Erkrankung dann noch deutlich werden. Es braucht mehr Abstimmungsbedarf, es braucht mehr Einbindung noch des sozialen Umfeldes, als man es jetzt in der

Ambulanz machen kann. Es braucht mehr Hintergrund und Notfallbereitschaft, als es ambulant geleistet werden kann. All diese Hintergrundseffekte, die in StäB, da sind, die braucht es dann ab einer gewissen ab, einem gewissen Schweregrad, einer gewissen Intensität der Betreuung. Und dann kann man die Ambulanzarbeit durch StäB ablösen und sobald es nicht mehr notwendig ist, dann kann man wieder langsam rausschleichen über die PIA-Funktion. Also insofern ist es wirklich, ich bin persönlich glücklich darüber, dass es jetzt in Baden-Württemberg gelungen ist, haben wir jetzt sechs Jahre darum gerungen. Und wünschen tue ich mir das schon seit 20, seit es die PIA´s gibt in Baden-Württemberg. Insofern bin ich da tief befriedigt im Moment.

Person 1: (...) Wir kommen schon zur letzten Frage: Was würden Sie sich denn wünschen, um StäB in der Gesamtversorgung noch besser etablieren zu können?
Person 2: Hmm, mehr Personal?

Person 1: Ja.
Person 2: Ja, tatsächlich, Daran hängt es im Moment. Ich würde mir mehr Menschen wünschen, die wir auf die Straße schicken können und zu den Patienten schicken können. Da könnte man StäB einfach noch besser machen. Das wäre der entscheidende Punkt. Das ist schwierig, das wissen wir alle. Und. Ja, alles andere haben wir in der eigenen Hand. Wir müssen langsam Stück um Stück von stationär auf Aufsuchende und ambulant umstellen. Wir müssen unsere Prozesse verändern. Wir müssen mutig, Erfahrung sammeln in anderen Versorgungskonzepten. Und ich bin überzeugt und das Zeigen auch Studienergebnisse, dass wir wahrscheinlich mit weniger Personaleinsatz und weniger Ressourcenaufwand insgesamt eine gleich gute Versorgung in diesem aufsuchenden ambulanten Setting machen können, wie wir es bisher im stationären geleistet haben. Und das wäre sowohl volkswirtschaftlich sinnvoll als auch ressourcenschonend, wenn man die begrenzten Personalressourcen anschaut, als auch für die Patienten meines Erachtens besser, weil sie in ihrem sozialen Umfeld bleiben können und nicht so herausgerissen werden wie eine stationäre Behandlung. Ich glaube, dass wir mit den jetzigen Strukturen und so wie es in Baden-Württemberg jetzt mit der ambulanten Situation vernetzt werden kann, dass wir mittelfristig bis zu 30 % unserer Behandlungen, die bisher stationär liefen, über StäB abwickeln können.

Das wird natürlich ein Prozentsatz von 60 70 % der bisherigen Behandlungen auch im stationären weiter bedürfen. Da gibt es gewisse Krankheitsbilder, die da von dort besser behandlungsfähig sind. Es gibt gewisse akute Zustände, die man nur dort wirklich auch behandeln kann und in den Griff kriegen kann. Es gibt gewisse körperliche Pflegezustände und Versorgungsnotwendigkeiten, die aufsuchen auch ganz schwer herzustellen sind. Also wir werden einen Teil weiterhin stationär brauchen, aber wir sind mit StäB noch nicht noch lange nicht am Ende.

Person 1: Genau da braucht es weiterhin Pionierarbeit in verschiedenen Bereichen. Immer wieder in die Verhandlungen gehen Bzw. Neue Behandlungsmöglichkeiten ausprobieren, entdecken und vorantreiben.

Person 2: Vielleicht noch ein letztes Wort zur Kinder- und Jugendpsychiatrie. Da kann ich mir vorstellen, dass es über diese 30 % auch rausgeht. Jetzt bin ich kein Kind- und Jugendpsychiater, aber häufig ist es doch so, dass das häusliche Setting besser noch mehr eingebunden werden kann, zum Teil auch stabiler ist, auch eingebunden werden muss, damit es einen Behandlungsfortschritt geben kann. Und da erwarte ich mir eigentlich von dieser aufsuchenden Behandlung noch mehr Möglichkeiten. Die Herausforderung dort ist tatsächlich, dass man das in die Fläche bekommt und dass man in den großen Versorgungsgebieten ausreichend quasi Substandorte entwickeln kann, wo ein StäB Team dann von dort aus auch ausstrahlen kann und ausgehen kann, so dass nicht zu viel Zeit auf der Straße wirklich verloren geht, zu viel Arbeitszeit. Also, dass da hat es einen besonderen speziellen Entwicklungsbedarf, aber auch glaube ich, ein ganz tolles Entwicklungspotenzial in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, noch mehr als jetzt in der Erwachsenenpsychiatrie.

Person 2: Okay, dann sage ich schon mal vielen Dank und ich würde die Aufnahme schon mal stoppen.

Anhang 14 – Informationsschreiben zur Erhebung

Informationsschreiben zur Erhebung personenbezogener Daten

gemäß § 17 des Kirchengesetzes über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD)

Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle:	Evangelische Hochschule Nürnberg Bärenschanzstr. 4 90429 Nürnberg Tel: 0911 27253-701 E-Mail: zentrale@evhn.de Projektverantwortung / Verfasserin: Dorothea Weiss
Kontaktdaten des örtlich Beauftragten für den Datenschutz:	Markus Maiwald Evangelische Hochschule Nürnberg Bärenschanzstr. 4 90429 Nürnberg E-Mail: datenschutz.nuernberg@elkb.de
Zwecke, für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen	Verarbeitung der Interviewdaten zur Erarbeitung einer Masterthesis sowie der Erlangung des Master of social Managements an der Evangelischen Hochschule Nürnberg. Das Transkript des Interviews dient nur zu Analysezwecken und wird lediglich in Ausschnitten zitiert. Thema: Strukturelle Defizit(e) in der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung	Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf Basis der Einwilligung (§ 6, Nr. 2 DSG-EKD i.V.m. § 11 DSG-EKD).
Empfänger / Kategorien von Empfängern	Verfasserin, Evangelische Hochschule Nürnberg, Transkriptionsdienstleister, Teilnehmende Interviewpartner
Dauer der Speicherung	Bis zum Abschluss der Analysearbeiten sowie der Masterthesis, längstens jedoch für 2 Jahre nach Benotung der Masterarbeit
Rechte der Betroffenen	Als Betroffene haben Sie laut DSG-EKD folgende Rechte: ☐ Auskunft (§ 19) ☐ Berichtigung (§ 20) ☐ Löschung (§ 21) ☐ Einschränkung der Verarbeitung (§ 22) ☐ Datenübertragbarkeit (§ 24) ☐ Widerspruch gegen die Verarbeitung (§ 25) ☐ Widerruf der Einwilligung (§ 11 Abs. 3)
Recht auf Widerruf einer Einwilligung	Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Ihren Widerruf richten Sie bitte an den oben genannten Verantwortlichen oder örtlich Beauftragten für den Datenschutz.

weiter auf Seite 2

Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutzbehörde	Der Beauftragte für den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland Michael Jacob Lange Laube 20 30159 Hannover Telefon 0511 768128-0 info@datenschutz.ekd.de https://datenschutz.ekd.de Anfragen bitte zunächst an die zuständige Außenstelle des Beauftragten für den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland: Außenstelle für die Datenschutzregion Süd des BfD-EKD Hafenbad 22 89073 Ulm Telefon 0731 140593-0 E-Mail: sued@datenschutz.ekd.de
Bereitstellung der personenbezogenen Daten vorgeschrieben oder erforderlich	Die Einwilligung ist freiwillig. Aus der Verweigerung der Einwilligung oder ihrem Widerruf entstehen Ihnen keine Nachteile.

Anhang 15 – Datenschutzeinwilligung Vorlage

Einwilligungserklärung

gemäß § 11 des Kirchengesetzes über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD)

gegenüber der
Evangelischen Hochschule Nürnberg, Bärenschanzstraße 4, 90429 Nürnberg

von

Vorname, Nachname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Gegenstand

Verarbeitung der folgenden personenbezogenen Daten:
Persönliche Angaben, nämlich insbesondere: Name, Funktion, Arbeitgeber, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail, Alter, Familienstand, Geburtsdatum.
Aufnahmen, nämlich insbesondere: ☐ Videoaufzeichnungen ☐ Tonaufnahmen

Verwendungszweck

Verarbeitung der Interviewdaten zur Erarbeitung einer Masterthesis sowie der Erlangung des Master of social Managements an der Evangelischen Hochschule Nürnberg. Das Transkript des Interviews dient nur zu Analysezwecken und wird lediglich in Ausschnitten zitiert. Thema: Strukturelle Defizite in der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Erklärung

Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im oben beschriebenen Rahmen ein. Eine Verwendung darüber hinaus ist unzulässig.
Ich habe das „*Informationsschreiben zur Erhebung personenbezogener Daten gemäß § 17 des Kirchengesetzes über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD)*“ erhalten und zur Kenntnis genommen. Diese Einwilligung ist freiwillig. Wird sie nicht erteilt, entstehen keine Nachteile. Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter)

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe.

2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.

3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet

4. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.

5. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den 30.09.2024

Dorothea Weiss