

Hometreatment und stationsäquivalente Behandlung (STÄB)

Wieder einmal ist es der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen gelungen, eine dringend nötige und sinnvolle Reform in eine bürokratisch überladene und ineffektive Doppelstruktur zu überführen. Schon bei der Reform der psychiatrischen Kliniken ging es so: Internationaler Konsens war es, die großen Anstalten auf dem flachen Land aufzulösen und kleinere regionale Behandlungszentren an den Allgemeinkrankenhäusern der Städte einzurichten. Tatsächlich wurden 400 solche Abteilungen eingerichtet, doch die Anstalten blieben fast alle bestehen, wenn auch mit kleineren Versorgungsregionen.

Nun wiederholt sich die Geschichte beim Hometreatment. International ist man sich einig, dass 20–50 % der bisher stationär behandelten Patienten zu Hause behandelt werden können, wenn mobile Teams die Patienten täglich zu Hause besuchen. Ein Patient wird zu Hause behandelt, dafür wird im Krankenhaus ein Bett weniger belegt.

Der Beitrag von Zabel in diesem Heft zeigt, dass tatsächlich eine neue Abrechnungseinheit (STÄB) geschaffen wurde. Der Inhalt dieser Einheit, Behandlung zu Hause, hätte auch bisher schon von den Institutsambulanzen erbracht werden können, wenn entsprechende Anreize geschaffen worden wären. Jedoch wurde von den allerwenigsten Institutsambulanzen in nennenswertem Ausmaß aufsuchend gearbeitet, weil damit die Kosten nicht zu decken waren, auch nicht mit der bayerischen Einzelleistungsvergütung.

Einige Psychiatriekonzerne, ironischerweise die großen Anstalten, arbeiten nun fleißig daran, auskömmliche STÄB-Strukturen zu schaffen. Die Marktposition dieser Konzerne ist stark genug, den Krankenkassen bei den Budgetverhandlungen entsprechende Zuschläge für STÄB zusätzlich zu den bestehenden Bettenkapazitäten abzutrotzen. Ob es den Kassen gelingen wird, einen Abbau stationärer Betten zu vereinbaren, wird man sehen.

Dabei zeigen die Modellvorhaben nach § 64 b SGB V, die sogenannten *Regionalbudgets Psychiatrie*, wie vergleichsweise einfach Hometreatment *und* entsprechend weniger stationäre Behandlungen umgesetzt werden können: Klinik und Krankenkassen vereinbaren ein Budget und innerhalb des Budgets ist die Klinik frei im Gestalten der Behandlungsform: ambulant, teilstationär, stationär oder im Hometreatment. Überall dort, wo solche Modellvorhaben in Deutschland durchgeführt werden, zeigen sich die gleichen Effekte: weniger und kürzere stationäre Behandlungen, mehr teilstationäre Behandlungen, mehr aufsuchende Behandlungen und mehr Hometreatment. Warum funktioniert das?

Sobald die Klinik keinen finanziellen Vorteil mehr von einer teuren stationären Behandlung hat, stellt sie sich auf Wünsche und Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen ein. Ein einfaches Beispiel: Traditionell wurden Patienten zur Vorbereitung der Entlassung von den Kliniken am Wochenende nur für eine Nacht (Samstag auf Sonntag) nach Hause geschickt, denn dann wurde von den Krankenkassen der Samstag *und* der Sonntag bezahlt.

Bei einer Beurlaubung von Freitag auf Sonntag wäre sowohl der Samstag als auch der Sonntag nicht bezahlt worden.

Damit konnten aber weder Patienten noch Angehörige oder Klinikmitarbeiter die Erfahrung machen, dass der Patient auch für zwei, drei oder vier Tage zu Hause klar kommt. In den Regionalbudgets sind die längeren Beurlaubungen die Regel, denn für die Klinik macht es keinen finanziellen Unterschied mehr. Ergebnis: Ärzte und Patienten planen Beurlaubungen flexibel und machen reelle Erfahrungen, wie gut jemand zu Hause klar kommt. Wenn dann während der Beurlaubung zu Hause noch ein Besuch durch das Klinikteam erfolgt, so ist die Entlassungsvorbereitung perfekt.

Aufgabe der Selbstverwaltung wäre es nun, allen Kliniken mit regionaler Versorgungsverpflichtung die erfolgreiche Versorgungsstruktur der Regionalbudgets nach § 64 b SGB V vorzuschreiben: feste Budgets, freie Behandlungsgestaltung, feste Verantwortlichkeit und Zuständigkeit. Die Modellvorhaben sollten zur Standardversorgung werden.

MARTIN ZINKLER