

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

Präambel

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 115d Abs. 2 SGB V die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung, an die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern und an die Dokumentation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung.

§ 1 Geltungsbereich

Diese Vereinbarung gilt nach § 115d Abs. 1 Satz 1 SGB V für psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie für Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung.

§ 2 Grundsätze

- (1) Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung umfasst eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld durch mobile fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung. Es handelt sich um eine integrierte multimodale psychiatrische Behandlung anhand einer ärztlich geleiteten Therapiezielplanung.
- (2) Die Entscheidung über die Erbringung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung unterliegt bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der therapeutischen und organisatorischen Entscheidung des Krankenhauses. Entscheidungsleitend ist, auf welche Weise das Therapieziel bei einem Patienten mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit am ehesten zu erreichen ist.
- (3) Es gilt das Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V.

§ 3 Eignung des häuslichen Umfelds

- (1) Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld setzt voraus, dass die Gegebenheiten des häuslichen Umfeldes eine adäquate Behandlungsdurchführung zulassen und Faktoren oder Personen im häuslichen Umfeld dem Erreichen des Behandlungsziels nicht entgegenstehen.

- (2) Die für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung zuständige fachärztliche Leitung hat sowohl zu Beginn der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung als auch im Behandlungsverlauf festzustellen, dass das häusliche Umfeld für die Erreichung des Behandlungsziels geeignet ist.
- (3) Zu Faktoren, die dem Behandlungsziel entgegenstehen, gehören insbesondere eine drohende Kindeswohlgefährdung und keine Möglichkeit zum therapeutischen Vier-Augen-Gespräch. Zwischen dem Krankenhaus, dem Patienten und seinem häuslichen Umfeld ist zu klären, wie die Versorgung des Patienten sichergestellt wird.

§ 4 Zustimmung des häuslichen Umfeldes

Alle im selben Haushalt lebenden volljährigen Personen müssen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung zustimmen. Dies gilt insbesondere auch im Falle sich ändernder Behandlungsbedingungen. Bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung von Patienten, die in stationären Pflegeeinrichtungen oder in stationären Jugendhilfeeinrichtungen leben, ist die Zustimmung der Einrichtung einzuholen.

§ 5 Berücksichtigung des Kindeswohls

- (1) Sofern minderjährige Kinder im Haushalt des psychisch kranken Patienten leben, hat die fachärztliche Leitung das Kindeswohl bei der Entscheidung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung zu berücksichtigen. Bei Bedarf sind zur Beurteilung, ob eine Kindeswohlgefährdung droht, ein Facharzt für Pädiatrie oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hinzuzuziehen.
- (2) Bei im Haushalt lebenden Kindern im Säuglingsalter (0-1 Jahre) ist zudem durch die fachärztliche Leitung sicherzustellen, dass die Versorgung der Säuglinge gewährleistet ist. Bei Bedarf sind entsprechende Fachkräfte (z.B. Hebamme, Kinderkrankenschwester) hinzuziehen.

§ 6 Eltern-Kind-Behandlung

Die für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung verantwortliche fachärztliche Leitung hat zu prüfen, ob eine zusätzliche gemeinsame Behandlung von Eltern und Kind (Mutter/Vater-Kind-Setting) erfolgen muss, und hat diese bei Bedarf sicherzustellen.

§ 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.
- (2) Die Verantwortung für die Behandlungsplanung und -durchführung liegt bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Im Falle der Behandlung von Kindern und Jugendlichen liegt die Verantwortung bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.
- (3) Der fachärztlichen Leitung obliegt auch die Verantwortung für den Einbezug von Dritten nach § 10 in die Leistungserbringung.
- (4) Die fachärztliche Leitung hat sicherzustellen, dass bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung an mehr als sechs Tagen in Folge eine wöchentliche multiprofessionelle Fallbesprechung durchgeführt wird, in die mindestens drei der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen einbezogen werden. Diese Regelung umfasst ebenfalls die beauftragten Leistungserbringer nach § 10. Die Fallbesprechung kann unter Zuhilfenahme von Telekommunikation geschehen.

§ 8 Patientenkontakte

- (1) Das Krankenhaus hat sicherzustellen, dass mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams mindestens einmal täglich einen direkten Patientenkontakt durchführt.
- (2) Kommt ein direkter Kontakt aus Gründen nicht zustande, die der Patient zu verantworten hat, zählt der unternommene Kontaktversuch als direkter Patientenkontakt im Sinne dieser Vereinbarung.
- (3) Die fachärztliche Leitung hat sicherzustellen, dass bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung an mehr als sechs Tagen in Folge eine wöchentliche ärztliche Visite im direkten Patientenkontakt in der Regel im häuslichen Umfeld durchgeführt wird. Der Facharztstandard ist zu gewährleisten.

§ 9 Sicherstellung der Behandlung

- (1) Das Krankenhaus hat verbindliche Vorgehensweisen festzulegen, wie es die individuellen Hilfeleistungen durch das multiprofessionelle Team im Fall von sehr kurzfristigen und wechselnden Bedarfslagen der Patienten organisiert, die sich in stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung befinden.
- (2) Die Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes sicherzustellen (Rufbereitschaft).
- (3) Darüber hinaus ist eine jederzeitige, 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche, ärztliche Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus zu gewährleisten. Bei kurzfristigen Verschlechterungen des Gesundheitszustandes des Patienten muss umgehend mit einer vollstationären Aufnahme reagiert werden können.

§ 10 Anforderungen an die Beauftragung von weiteren Leistungserbringern

- (1) In geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das zuständige Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.
- (2) Die therapeutische und organisatorische Gesamtverantwortung für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung liegt auch bei der Beauftragung Dritter nach Abs. 1 bei dem Krankenhaus, das den Patienten zur Behandlung aufgenommen hat.
- (3) Aus der Gesamtverantwortung des Krankenhauses ergibt sich, dass nicht mehr als die Hälfte der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung per Beauftragung an Dritte delegiert werden darf. Maßgeblich für die Beurteilung des Behandlungsanteils sind die Therapiezeiten an den nach § 115d SGB V behandelten Fälle pro Budgetjahr.

§ 11 Anforderungen an die Dokumentation in der Patientenakte

- (1) Das Krankenhaus hat dafür Sorge zu tragen, dass in der Patientenakte die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit mit dem Aufnahmebefund und der Anamnese beziehungsweise Fremdanamnese dokumentiert wird. Die Patientenakte umfasst zudem die Therapiezielplanung und die Verlaufsdokumentation. Vom Patienten zu vertretende Gründe eines nicht zustande gekommenen direkten Kontaktes nach § 8 Abs. 2 sind ebenfalls zu dokumentieren.

- (2) Das Krankenhaus ist verpflichtet, das Ergebnis der Prüfung der Eignung des häuslichen Umfeldes nach § 3 in der Patientenakte zu vermerken.
- (3) Die Zustimmung nach § 4 der volljährigen Personen, die mit dem Patienten im selben Haushalt leben, beziehungsweise die Zustimmung der Einrichtung, in der der Patient lebt, ist in der Patientenakte zu vermerken.
- (4) Die Ergebnisse der Prüfungen sowie die eventuell daraus abgeleiteten Maßnahmen nach den §§ 5 und 6 sind vom Krankenhaus in der Patientenakte zu vermerken.
- (5) Für jeden stationsäquivalenten Behandlungsfall erfolgt in der Patientenakte die berufsgruppenbezogene namentliche Dokumentation der teilnehmenden und entschuldigter Mitglieder des Behandlungsteams an der wöchentlichen Fallbesprechung nach § 7 Abs. 4.
- (6) Das Krankenhaus hat die ordnungsgemäße Durchführung der Dokumentation durch Dritte nach § 10 im Einzelnen anzuordnen und sicherzustellen.

§ 12 Anforderungen an die Datenübermittlung nach § 301 SGB V an die Krankenkassen und an die privaten Krankenversicherungen

- (1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, im Rahmen der Datenübertragung nach § 301 SGB V die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung kenntlich zu machen. Es ist dabei der Ort des häuslichen Umfelds (Privatwohnung, Pflegeheim, weitere Wohnformen) kenntlich zu machen.
- (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.

§ 13 Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. August 2017 in Kraft und kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31. Dezember 2018, schriftlich gekündigt werden.
- (2) Für den Fall der Kündigung erklären die Vereinbarungspartner ihre Bereitschaft, an dem Abschluss einer neuen Vereinbarung mitzuwirken.

- (3) Falls innerhalb von sechs Monaten nach Wirksamkeit der Kündigung keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG auf Antrag eines Vereinbarungspartners.
- (4) Bis zur Neuvereinbarung bzw. deren Festsetzung durch die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG gilt die Vereinbarung fort.

§ 14 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung wird eine Bestimmung vereinbart, die dem zulässigerweise am nächsten kommt, was die Vereinbarungspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

Berlin, Köln, 01.08.2017

GKV-Spitzenverband

Verband der Privaten Krankenversicherung

Deutsche Krankenhausgesellschaft