

Umsetzungshinweise
der Deutschen Krankenhausgesellschaft
zur Vereinbarung
der Stationsäquivalenten psychiatrischen
Behandlung nach § 115d Absatz 2 SGB V
sowie ergänzende Informationen

19. Dezember 2017

Version 1.0

Inhalt

1.	Einführung	3
2.	Rechtlicher Rahmen	4
3.	Umsetzungshinweise	6
3.1	Geltungsbereich.....	7
3.2	Grundsätze	7
3.3	Eignung des häuslichen Umfelds.....	9
3.4	Zustimmung des häuslichen Umfelds	11
3.5	Berücksichtigung des Kindeswohls	12
3.6	Eltern-Kind-Behandlung.....	13
3.7	Behandlungsteam.....	13
3.8	Patientenkontakte	15
3.9	Sicherstellung der Behandlung.....	16
3.10	Anforderungen an die Beauftragung von weiteren Leistungserbringern..	17
3.11	Anforderungen an die Dokumentation in der Patientenakte.....	18
3.12	Anforderungen an die Datenübermittlung nach § 301 SGB V an die Krankenkassen und an die privaten Krankenversicherungen.....	20
3.13	Inkrafttreten, Kündigung	21
3.14	Salvatorische Klausel.....	22

1. Einführung

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde durch Änderungen des § 39 SGB V und den neuen § 115d SGB V die Möglichkeit einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung als eine neue Form der Krankenhausbehandlung eingeführt. Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung umfasst demnach eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile, ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.

In diesem Zusammenhang wurde die Selbstverwaltung u. a. nach § 115d Absatz 2 SGB V beauftragt, eine zweiseitige (GKV-SV/PKV/DKG) Vereinbarung im Benehmen mit der KBV zu schließen. Bis zum 30.06.2017 waren festzulegen:

- die Anforderungen an die Dokumentation stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung, inkl. der Dokumentation der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit,
- die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung,
- die Anforderungen an die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern¹ oder anderen, zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern.

Die Verhandlungen gestalteten sich zunächst schwierig, entwickelten sich jedoch im Verlauf derart, dass eine Konsentierung der Vereinbarung möglich erschien. In Anbetracht des engen Zeitfensters war die gesetzliche Frist jedoch nicht einzuhalten. Schließlich wurde zwischen dem GKV-Spitzenverband, der PKV und der DKG eine Einigung erzielt und somit konnte das bereits angelaufene automatische Verfahren gemäß § 115d Absatz 1 Satz 2 SGB V in der Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG eingestellt werden.

Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung ist als Einstieg in eine neue Versorgungsform mit zunächst noch begrenzten Gestaltungsräumen zu betrachten und wird zukünftig weiterzuentwickeln sein. In der Vereinbarung sind wesentliche Eckpunkte zur Dokumentation, zur Qualitätssicherung und zur Beauftragung weiterer Leistungserbringer festgehalten. Die Ausführungen in den vorliegenden Umsetzungshinweisen behandeln die wesentlichen Sachverhalte der Vereinbarung nach § 115d Absatz 2 SGB V zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung und erheben keinen Anspruch auf

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird zumeist auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Vollständigkeit. Sie sind als Hilfestellung zur Umsetzung zu betrachten, wobei spezifische Anforderungen des einzelnen Krankenhausträgers zu berücksichtigen sind. Maßgeblich sind die Festlegungen der Vereinbarung.

Zusätzlich gilt es, die Anforderungen an die Leistungsbeschreibung aus den für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung eigens geschaffenen neuen Prozedurenkodes (OPS 9-701 und OPS 9-801 für Erwachsene und Kinder und Jugendliche) zu beachten, die für die Abrechnung der neuen Leistung von besonderer Relevanz sind.

Da wesentliche Rahmenbedingungen der Abrechnung erst sehr spät festgelegt wurden, konnte eine Umsetzung der entsprechenden Voraussetzungen zur Abrechnung im Wege der elektronischen Datenübermittlung nach § 301 SGB V zum Jahreswechsel nicht mehr erreicht werden. Die Übermittlung von Nachrichten im § 301-Verfahren an die Krankenkassen ist für Behandlungsfälle ab dem 01.01.2018 erst ab dem 01.05.2018 rückwirkend zum 01.01.2018 möglich.

2. Rechtlicher Rahmen

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) den § 39 Absatz 1 SGB V neu gefasst und den § 115d SGB V neu eingefügt.

§ 39 Absatz 1 SGB V „Krankenhausbehandlung“

*„Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, **stationsäquivalent**, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder **stationsäquivalente** Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfaßt auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. **Die stationsäquivalente Behandlung umfaßt eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams.***

Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.“

§ 115d SGB V „Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“

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

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 30. Juni 2017

- 1. die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert wird,*
- 2 die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung,*
- 3. die Anforderungen an die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen, zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern.*

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 28. Februar 2017 im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften die Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung als Grundlage für die Verschlüsselung der Leistungen nach § 301 Absatz 2 Satz 2.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2021 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.“

3. Umsetzungshinweise

Die vorliegende Version der Umsetzungshinweise orientiert sich primär an den Inhalten der Vereinbarung gemäß § 115d Absatz 2 SGB V. Gleichzeitig wird versucht, themenspezifisch weitere vielfältige Fragen und Herausforderungen zur Umsetzung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung zu beantworten. Dazu gehört in einigen Punkten eine juristische Beurteilung zu Sachverhalten, die nach Auffassung der DKG teilweise im vorangegangenen Gesetzgebungsprozess nicht immer sachgerecht umgesetzt wurden. Fragen zur Abrechnung und Finanzierung werden von den Umsetzungshinweisen nicht adressiert und sind den gesonderten Budgethinweisen und Abrechnungsbestimmungen zu entnehmen.

Um eine erfolgreiche Umsetzung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung zu erreichen und Synergieeffekte zu nutzen, wird grundsätzlich empfohlen, mit den bestehenden regionalen psychiatrischen Hilfesystemen vor Ort eng zu kooperieren. Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bietet Ansätze, die Versorgung zu verbessern, Sektoren zu überwinden und gemeinsam vor Ort Versorgungsverantwortung für bisher unzureichend versorgte Patientengruppen zu übernehmen.

Zur besseren Erkennbarkeit sind die jeweiligen Paragraphen der Vereinbarung **grau** hinterlegt. Entsprechende Umsetzungshinweise erfolgen im Anschluss daran.

3.1 Geltungsbereich

§ 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.

Zur Erbringung stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung im Sinne des Gesetzgebers sind psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung berechtigt. Diese Beschränkung beruht auf der Annahme, dass die neue Behandlungsform besondere Anforderungen an die Qualifikation des Personals und die Flexibilität der Organisation des Krankenhauses stellt. Üblicherweise sind diese Voraussetzungen bei Kliniken mit regionaler Versorgungsverpflichtung gegeben, da diese in der Lage sein müssen, kurzfristig auf wechselnde Bedarfslagen zu reagieren.

3.2 Grundsätze

§ 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

Absatz 1 erläutert – eng angelehnt an die Gesetzesformulierung des § 39 Abs. 1 SGB V – den Rahmen und die Ausgestaltung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung. Der grundsätzliche Ansatz ist die Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld des Patienten, die einer vollstationären Behandlung entsprechen soll.

Im Rahmen der Verhandlungen zu den Vereinbarungen wurde der Ort der Leistungserbringung kontrovers beraten und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) um Mitteilung seiner diesbezüglichen Rechtsauffassung gebeten. Der Ort der Leistungserbringung liegt primär im häuslichen Umfeld des Patienten. Nach Auffassung des BMG würde eine Einengung der Behandlung ausschließlich im häuslichen Umfeld der Patienten der Intention des Gesetzgebers widersprechen. Zudem sieht das BMG in diesem Punkt keine formalen oder fachlichen Gründe, die Möglichkeiten der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung einzuschränken. So soll es beispielweise möglich sein, dass Patienten an Gruppentherapien im Krankenhaus teilnehmen. Ferner führte das BMG dazu aus: *„Gleiches gilt für Leistungen wie Physio-, Ergo- oder Psychotherapie, die ggf. von Kooperationspartnern an einem anderen Ort als dem häuslichen Umfeld erbracht werden. Oder aber für therapeutisch begleitete Gespräche, [die] am Arbeitsplatz des Patienten, oder bei Kindern in der Schule oder KiTa stattfinden. Schließlich kann es auch das Ziel einer StäB [stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung] sein, eine Aktivierung, Mobilisierung und Befähigung des Patienten zu erreichen, sich aus dem häuslichen Kontext herauszubewegen.“*

Der Absatz 2 macht deutlich, dass die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung vorliegen müssen. Nach § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V ist dies nach Prüfung der Fall, wenn die Behandlung im häuslichen Umfeld durch ein Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Ein Vorrangprinzip oder eine Verpflichtung, dass die Behandlung stationsäquivalent statt vollstationär zu erbringen ist, besteht nicht. Die Entscheidung über die Erbringung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung obliegt der therapeutischen und organisatorischen Entscheidung des Krankenhauses in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen. Dabei sollte berücksichtigt werden, mit welcher Behandlungsform das Therapieziel am ehesten zu erreichen ist. Darüber hinaus müssen die weiteren Voraussetzungen nach dieser Vereinbarung vorliegen.

Der Absatz 3 stellt klar, dass auch für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Regelungen zum Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V gelten.

Die Zuzahlungsregelungen für stationäre Maßnahmen gemäß § 61 SGB V kommen demgegenüber für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nicht zur Anwendung. In § 39 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird explizit zwischen vollstationärer und stationsäquivalenter Krankenhausbehandlung unterschieden. Versicherte leisten die Zuzahlung gemäß § 39 Absatz 4 Satz 1 SGB V jedoch für die vollstationäre Krankenhausbehandlung. Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung wurde in § 39 Absatz 4 Satz 1 SGB V nicht ergänzt. Gegenstand der Zuzahlungspflicht sind also nach wie vor nur vollstationäre Behandlungen (Becker, in: Becker/Kingreen, SGB V, 5. Auflage 2017, Rn. 40). Krankenhäuser müssen demnach für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung keine Zuzahlung vom Versicherten einziehen. Dies wird auch vom GKV-SV so gesehen.

3.3 Eignung des häuslichen Umfelds

§ 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.

Es ist nach § 3 zu prüfen, ob das häusliche Umfeld für die Durchführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung geeignet ist. Wenn zum Beispiel keine Möglichkeit für ein therapeutisches Vier-Augen-Gespräch besteht oder eine Kindeswohlgefährdung droht oder bereits besteht, liegen Faktoren vor, die dem Erreichen des Behandlungsziels entgegenstehen. Ist zum Beispiel der Patient oder die Patientin Opfer häuslicher Gewalt und deshalb behandlungsbedürftig und der Täter oder die Täterin wohnt im gleichen Haushalt, ist dies ein Sachverhalt, der eine Eignung des häuslichen Umfeldes für eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung ausschließt und somit eine andere Behandlungsform zu wählen ist.

Die Prüfung hat zu Beginn der Behandlung und im Behandlungsverlauf zu erfolgen. Eine Festlegung der zeitlichen Frequenz (wöchentlich, monatlich o. ä.) wurde bewusst nicht vorgenommen.

Weiterhin ist mit dem häuslichen Umfeld zu klären, ob und wie die Versorgung des Patienten sichergestellt wird. Nach Auffassung des BMG bleiben Ansprüche zu Leistungen aus weiteren Sozialgesetzbüchern während einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung bestehen (z. B. pflegerische Leistungen im Pflegeheim nach dem SGB XI sowie ambulante Pflege nach § 37 SGB V) und müssen somit nicht von der Klinik getragen werden. Zur konkreten Umsetzung führt das BMG aus: *„Die Verantwortung für die pflegerischen Leistungen bleibt während des gesamten Zeitraums einer stationsäquivalenten Behandlung beim Pflegeheim. (...). Es [erscheint] sachgerecht, dass Pflegeleistungen, die sinnvollerweise im Rahmen der StäB zu erbringen sind, vom behandelnden Krankenhaus übernommen werden. Ausschlaggebend ist neben dem zeitlichen mithin auch der fachliche Zusammenhang mit den Leistungen der stationsäquivalenten Behandlung.“*

Im Falle von Begleiterkrankungen, die nicht Anlass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung waren, kommen nach Auffassung des BMG die Grundsätze für die Mitbehandlung interkurrenter Erkrankungen bei vollstationärer Behandlung entsprechend zur Anwendung. Nach Auffassung des BMG wäre demnach die Versorgung derartiger Begleiterkrankungen vom Behandlungsumfang der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung mit umfasst.

Dem kann jedoch entgegengehalten werden, dass die Mitbehandlung möglicher Begleiterkrankungen den Rahmen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung überschreiten würde. Im Gegensatz zum vollstationären Bereich befindet sich der Patient in seinem häuslichen Umfeld und muss bei Vorliegen einer stationär behandlungsbedürftigen Begleiterkrankung in ein geeignetes Krankenhaus aufgenommen werden.

Durch diese Zäsur entsteht jedoch ein neuer Behandlungsfall, der dem vollstationären Abrechnungsregime unterliegt. Bei ambulant behandelbaren Begleiterkrankungen können betroffene Patienten in der Regel aus ihrem häuslichen Umfeld heraus notwendige Arztbesuche gegebenenfalls auch in Begleitung von Mitgliedern des stationsäquivalenten Behandlungsteams wahrnehmen. Die Grundsätze zur Mitbehandlung interkurrenter Erkrankungen aus dem vollstationären Bereich können daher nicht einfach auf die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung übertragen werden. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass wesentliche interkurrente Erkrankungen je nach Fallgestaltung auch der Durchführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung entgegenstehen können, z. B. wenn eine Begleiterkrankung eine intensive Überwachung des Patienten erfordert.

Das BMG ist dieser Argumentation der DKG jedoch nicht gefolgt. Solange hierzu keine weitere gesetzliche Anpassung erfolgt, ist diese Problematik auf der Ortsebene zu klären.

3.4 Zustimmung des häuslichen Umfelds

§ 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.

Das Einverständnis der im selben Haushalt lebenden Mitbewohner muss in der Patientenakte vermerkt werden. Eine formelle schriftliche Zustimmung ist nicht vorgesehen. Dass eine Zustimmung notwendig ist, ergibt sich aus der Unverletzlichkeit der eigenen Wohnung (Artikel 13 GG), die ja auch jeweils die Wohnung der Mitbewohner ist. Wird die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung in den Räumlichkeiten einer Einrichtung erbracht, muss ebenso das Einverständnis eingeholt werden. Eine Vorgabe, durch welche Person der Einrichtung dies konkret zu erfolgen hat, ist nicht vorgesehen und wird nicht näher ausgeführt. Die hier aufgezählten beiden Einrichtungstypen sind nicht als abschließende Aufzählung von möglichen Einrichtungsformen zu sehen, wo sich das häusliche Umfeld befinden kann.

3.5 Berücksichtigung des Kindeswohls

§ 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) hinzuzuziehen.

Wie schon unter § 3 ausgeführt spielt die Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung bei der Feststellung der Eignung des häuslichen Umfeldes eine wichtige Rolle. Bei Unsicherheiten ist zur Beurteilung ein Facharzt für Pädiatrie oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hinzuzuziehen. Es besteht dazu jedoch keine Verpflichtung.

Die für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung zuständige fachärztliche Leitung muss sich bei im Haushalt lebenden Kindern im Säuglingsalter (0-1 Jahre) davon überzeugen, dass diese adäquat versorgt sind. Eine adäquate Versorgung kann durch den Patienten selbst erfolgen oder aber durch Angehörige (z. B. Ehepartner, Lebenspartner, Eltern). Sollte dies nicht möglich sein, sind bei Bedarf entsprechende Fachkräfte (z. B. Hebamme, Kinderkrankenschwester, -pfleger) hinzuzuziehen.

Bei der Hilfe zur Versorgung des Kindes könnte § 38 SGB V „Haushaltshilfe“ zum Tragen kommen. Gemäß § 38 Absatz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf eine Haushaltshilfe, wenn ihnen unter anderem wegen Krankenhausbehandlung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Dies umfasst grundsätzlich alle zur Weiterführung des Haushalts erforderlichen Dienstleistungen, wie z. B. die Beschaffung von Lebensmitteln und die Zubereitung von Mahlzeiten, aber auch die altersentsprechende Betreuung und Beaufsichtigung von im Haushalt lebenden Kindern (BeckOK SozR/Knispel, SGB V § 38 Rn. 16). Unter einer Krankenhausbehandlung im Sinne von

§ 38 Absatz 1 Satz 1 SGB V sind die in § 39 Absatz 1 SGB V genannten Leistungen zu verstehen (Nolte, in: Kasseler Kommentar, Stand: Juli 2017, § 38 SGB V, Rn. 5), so dass dazu auch die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung zählt. Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass dem Patienten auch im Falle einer stationären Aufnahme in ein Krankenhaus bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen ein Anspruch gemäß § 38 SGB V zustehen würde, so dass dies ebenso bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung der Fall sein muss, da es sich hierbei um ein Äquivalent zur vollstationären Behandlung handelt. Ansprechpartner für einen möglichen Anspruch gemäß § 38 SGB V ist die zuständige Krankenversicherung des Patienten, der dort einen entsprechenden Antrag einzureichen hat.

3.6 Eltern-Kind-Behandlung

§ 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.

Bei jeder stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung mit Kindern im häuslichen Umfeld muss die Notwendigkeit einer gemeinsamen Eltern-Kind-Behandlung geprüft und ggf. in die Wege geleitet werden. In diesem Zusammenhang bedeutet „sicherstellen“ nicht, dass die gemeinsame Behandlung noch während der Phase der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung erfolgen muss.

3.7 Behandlungsteam

§ 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.

Das Team, welches die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung erbringt, muss aus mindestens drei Berufsgruppen zusammengesetzt sein. Ein Mitglied der Berufsgruppe der Ärzte und ein Mitglied der Berufsgruppe Pflege sind in jedem Fall Bestandteil des Teams. Die Berufsgruppe des dritten Teammitgliedes kann frei gewählt werden. Grundsätzlich müssen in der Klinik Vertreter der Berufsgruppen: Ärzte, Psychologen, Pflegefachpersonen, Spezialtherapeuten vorgehalten werden, um bei Bedarf auf diese zurückgreifen zu können.

Die Gesamtverantwortung für die Behandlungsplanung und -durchführung, auch beim Einbezug von weiteren Leistungserbringern, liegt beim zuständigen Facharzt.

Findet eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung an mehr als sechs Tagen in Folge statt, muss einmal in der Woche eine multiprofessionelle Fallbesprechung durchgeführt werden. Mindestens drei beteiligte Berufsgruppen müssen daran teilnehmen. Die weiteren beauftragten Leistungserbringer sind dabei - soweit möglich - einzubeziehen. Dies kann auch mit technischen Hilfsmitteln der Kommunikation erfolgen (z. B. per Telefon- und Videokonferenz). Anforderungen zur Dokumentation der Fallbesprechung sind unter § 11 aufgeführt.

3.8 Patientenkontakte

§ 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.

Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung erfordert einen täglichen direkten Patientenkontakt durch ein Mitglied des Teams. Gemeint ist damit ein direkter persönlicher Kontakt. Alle weiteren Kontakte können auch ggf. telefonisch stattfinden. Kommt ein täglicher direkter Kontakt von Seiten des Patienten nicht zustande (z. B. wenn ein Teammitglied zwar zur verabredeten Zeit an der Tür klingelt, diese aber nicht geöffnet wird), wird dieser Versuch als täglicher direkter Kontakt gewertet. Dies ist entsprechend in der Dokumentation nachvollziehbar darzulegen.

Findet eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung an mehr als sechs Tagen in Folge statt, muss einmal in der Woche eine ärztliche Visite durchgeführt werden. Hierbei gilt der Facharztstandard. Demnach ist der Arzt verpflichtet, nach dem anerkannten und gesicherten Standard der medizinischen Wissenschaft zu behandeln und die jeweilige Behandlung so vorzunehmen wie ein sorgfältig arbeitender Facharzt. Dies wird durch die fachärztliche Leitung des Behandlungsteams (vgl. § 7 Absatz 2 und 3) gewährleistet. Das gilt auch bei (noch) nicht vorhandener Facharztanerkennung. In der Regel sollte die Visite im häuslichen Umfeld des Patienten stattfinden. Das heißt, dass der Ort sich durchaus auch woanders befinden kann, z. B. in der Klinik.

3.9 Sicherstellung der Behandlung

§ 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.

Die Klinik muss ein Konzept haben, wie mit Krisensituationen der stationsäquivalent psychiatrisch behandelten Patienten umzugehen ist. Hierzu ist eine verbindliche Vorgehensweise (z. B. in Form einer SOP) festzulegen. Dies sollte auch entsprechend dem Patienten kommuniziert werden, damit für beide Seiten Handlungssicherheit besteht (z. B. in Verbindung mit einem Krisenpass).

Die Rufbereitschaft des Behandlungsteams muss werktags zu den üblichen Tagesdienstzeiten gewährleistet werden. Es erfolgen keine konkreten Zeit- oder auch Schichtvorgaben, somit sind diese Zeiten an den krankenhausindividuellen Gegebenheiten zu orientieren.

Die darüber hinaus bestehende ärztliche 24-stündige Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus kann über eine allgemeine Rufbereitschaft (z. B. im Rahmen der bestehenden Versorgungsverpflichtung) gewährleistet werden. Die konkrete Gestaltung der ärztlichen Eingriffsmöglichkeit und der Ort sind nicht vorgeschrieben.

Die Verpflichtung zur vollstationären Aufnahme bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten ist im Grunde keine Zusatzverpflichtung. Diese besteht im Rahmen der bestehenden Versorgungsverpflichtung der Kliniken, die stationsäquivalen-

te psychiatrische Behandlung anbieten, ohnehin. Dies bedeutet nicht, dass für stations-
äquivalent psychiatrisch behandelte Patienten ein Bett freigehalten werden muss.

3.10 Anforderungen an die Beauftragung von weiteren Leistungserbringern

§ 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 stations-
äquivalente 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.

Für die Durchführung von Teilen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung können weitere Leistungserbringer beauftragt werden. Wer diese Leistungserbringer konkret sein können, ist offen gehalten. Es sollen lediglich „an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer“ sein oder „ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung berechtigtes Krankenhaus“. Als Beispiele, in welchen Fällen dies als geeignet erscheint, sind Wohnortnähe oder Behandlungskontinuität als nicht abschließende Aufzählung genannt. Wird der Patient beispielsweise bereits vor der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung von einem ambulanten psychiatrischen Pflegedienst versorgt, kann dieser per Beauftragung Teil des Behandlungsteams werden. Die Gesamtverantwortung liegt jedoch immer bei dem auftraggebenden Krankenhaus.

Die vertragliche Ausgestaltung der Beauftragung obliegt dem auftraggebenden Krankenhaus. Die Vergütung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung erfolgt auch bei einer Beauftragung von externen Leistungserbringern nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht gegenüber dem auftraggebenden Krankenhaus. Die Vergütung der vereinbarten Leistungen zwischen dem auftraggebenden Krankenhaus und dem beauftragten Leistungserbringer ist im Innenverhältnis zu regeln.

Insgesamt darf der Anteil der extern beauftragten Leistungen nicht mehr als die Hälfte der in einem Budgetjahr erbrachten Therapiezeiten - im Rahmen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung - betragen.

3.11 Anforderungen an die Dokumentation in der Patientenakte

§ 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 entschuldigten 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.

Nach § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung, wenn die Behandlung durch ein Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, (...) oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Diese Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist zusammen mit dem Aufnahmebefund und der Anamnese beziehungsweise Fremdanamnese in der Patientenakte zu dokumentieren. Ein Krankenseinweisungsschein muss nicht regelhaft vorgelegt werden. Ohnehin ersetzt dieser nicht die Prüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Die Begründung für die Entscheidung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung in Abgrenzung zur vollstationären Behandlung muss nicht dokumentiert werden. In der Akte müssen zudem dokumentiert werden:

- die Therapiezielplanung und die Verlaufsdokumentation,
- Gründe eines ggf. nicht zustande gekommenen direkten Patientenkontaktes,
- die Zustimmung der im Haushalt lebenden Angehörigen oder der Einrichtung,
- die Ergebnisse der Prüfung auf Kindeswohlgefährdung und ggf. abgeleitete Maßnahmen nach § 5,
- die Ergebnisse der Prüfung einer gemeinsamen Eltern-Kind-Behandlung und ggf. entsprechend abgeleitete Maßnahmen nach § 6,
- die teilnehmenden und entschuldigenden Mitglieder (berufsgruppenbezogen und namentlich) des Behandlungsteams bei der wöchentlichen Fallbesprechung § 7 Absatz 4.

Die Durchführung der ordnungsgemäßen Dokumentation durch weitere beauftragte Leistungserbringer ist ebenso zu gewährleisten.

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

§ 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.

Im Rahmen der Datenübermittlung nach § 301 SGB V ist der Ort des häuslichen Umfelds der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung kenntlich zu machen. Hierzu stehen ab dem 01.01.2018 neue Fachabteilungsschlüssel zur Verfügung, die eine Angabe des Ortes der Leistungserbringung (Privatwohnung, Pflegeheim, weitere Wohnformen), jeweils unterschieden nach Allgemeiner Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie, ermöglichen. Darüber hinaus wurden im § 301-Verfahren mit Nachtrag vom 07.12.2017 weitere Festlegungen zur elektronischen Datenübermittlung aufgenommen. So sind für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung ein gesonderter Aufnahmegrund sowie ein neuer Entgeltschlüsselbereich vorgesehen. Für Entgelte nach Anlage 6b des PEPP-Katalogs 2018 wurden tag-, fall- und zeitraumbezogene Entgeltschlüssel vorgesehen. Werden darüber hinaus aufgrund von Vereinbarungen auf Ortbene differenziertere Entgeltschlüssel benötigt, sind diese über die Vereinbarungspartner der § 301-Datenübermittlung auf Bundesebene zu beantragen.

Die im Rahmen der Entlassungsanzeige an die Krankenkasse zu übermittelnden Informationen zur Fachabteilungshistorie sind um Angaben zu Tagen ohne direkten Patientenkontakt zu ergänzen. Dies gilt sowohl für Zeiträume zwischen zwei Behandlungsepisoden nach einer Fallzusammenführung, als auch für Zeiträume ohne direkten Patientenkontakt innerhalb eines Behandlungsfalls. Hierzu werden die bestehenden Regelungen zu sogenannten Pseudo-Fachabteilungen bei Rückverlegungen bzw. für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme (,0001', ,0002') um eine weitere Pseudofachabtei-

lung ‚0004‘ für Zeiträume ohne direkten Patientenkontakt in der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung ergänzt.

Die Therapiezeiten sind im Rahmen der OPS-Kodierung berufsgruppenspezifisch zu übermitteln. Es sind keine Angaben zu den konkreten medizinischen bzw. pflegerischen Leistungen zu machen. Maßgeblich ist die jeweils gültige OPS-Version. Die durch Fahrzeiten entstehenden Kosten sind – auch ohne separate OPS-Übermittlung - bei der Kalkulation des InEK im Rahmen des Vollkostenansatzes sachgerecht auf die betroffenen Behandlungsfälle zu verrechnen. Entsprechend gilt für die Vereinbarung von Krankenhausindividuellen Entgelten auf der Ortsebene, dass alle pflegesatzfähigen Kosten sachgerecht zu berücksichtigen sind. Somit sind bei der Vereinbarung auf der Ortsebene sowohl die Personalkosten als auch alle sonstigen pflegesatzfähigen Kosten, die durch die Fahrten entstehen, zu berücksichtigen.

3.13 Inkrafttreten, Kündigung

§ 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.

Keine Hinweise erforderlich.

3.14 Salvatorische Klausel

§ 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.

Keine Hinweise erforderlich.