

1 Einleitung

Der Erfolg hat bekanntlich viele Mütter und Väter. Dies gilt auch für die Einführung der stationsäquivalenten Behandlung (StäB). Im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) kann sie seit dem 01.01.2018 durch psychiatrische Kliniken und psychiatrische Abteilungen mit Versorgungsverpflichtung in Deutschland durchgeführt werden.

Die Grundidee kann man bereits dem Bericht der Psychiatrie-Enquête von 1975 (Deutscher Bundestag 1975) entnehmen. Die Grundsätze der gemeindenahe Versorgung und der Leitgedanke »ambulant vor stationär« sind bereits dort zu finden, wenngleich eine Akutbehandlung im häuslichen Umfeld die Vorstellungskraft der Autorinnen zum damaligen Zeitpunkt noch überstiegen hat. Über die Einrichtung von Tageskliniken und psychiatrischen Institutsambulanzen wurde seitdem jedoch der Weg gebahnt in Richtung einer gemeindeintegrierten Versorgung psychisch kranker Menschen, unterstützt durch flankierende Maßnahmen in der Eingliederungshilfe und Pflege. Seit Beginn des dritten Jahrtausends war es im Rahmen von Modellprojekten nach § 140 SGB V (Integrierte Versorgung) und später nach § 64 b SGB V möglich, eine aufsuchende Behandlung zu Hause zu erproben und darin Erfahrungen zu sammeln. Die Intensität der Behandlung im häuslichen Umfeld sollte dabei immer deutlich höher sein, als dies durch die psychiatrischen Institutsambulanzen möglich war. In einzelnen Regionen konnten sogenannte Regionalbudgets vereinbart werden, die eine umfassende Erprobung solcher Strukturen mit fließendem Übergang zur stationären Behandlung ermöglichten (Faulbaum-Decke und Zechert 2010; Nolting und Hackmann 2012; König et al. 2010; Deister und Wilms 2014; von Peter et al. 2019; Schwarz et al. 2021).

Unterstützt wurden die positiven Erfahrungen aus den deutschen Modellprojekten durch die praktischen Erkenntnisse und die Forschungsergebnisse aus verschiedenen Formen des Hometreatment in den angloamerikanischen Ländern. Innerhalb des dortigen Gesundheitssystems sind aufsuchende Akutbehandlungsteams schon längere Zeit nachweislich erfolgreich im Einsatz (Johnson et al. 2008; Smith et al. 2008).

Viele in der Psychiatrie Tätige haben gemeinsam mit den Wohlfahrtsverbänden, den Verbänden der Angehörigen und der Betroffenen sowie manchen Gesundheitspolitikern seit langem darauf hingearbeitet, dass auch in Deutschland flächendeckend eine Akutbehandlung zu Hause ermöglicht wird. Dies ist nun mit dem PsychVVG und der darin beschriebenen Möglichkeit zur Einführung der StäB nach § 115 d SGB V umgesetzt. Die Details des Gesetzestextes waren

heftig umstritten – und auch heute sind nicht alle mit der endgültigen Version des Gesetzes zufrieden, da nicht alle Hoffnungen erfüllt werden konnten. StäB ermöglicht einen neuen, nach Ansicht der Autoren dieses Buches revolutionären, Schritt in der Versorgung psychisch Kranker (Längle 2018). Dennoch sind wir uns alle im Klaren darüber, dass dies noch nicht der letzte Schritt in der Überwindung der strukturellen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, stationärer und häuslicher Versorgung sein kann.

Der Weg vom Gesetz in die klinische Praxis ist weit. Die Erfahrenen wissen dies aus der Umsetzung von Gesetzen zur Trennung von Behandlungs- und Pflegefällen, zur Einrichtung der psychiatrischen Institutsambulanzen, der Erneuerung des Entgeltsystems (»PEPP« und »PPP-RL«) und anderen Gesetzen zur psychiatrischen Versorgung, zuletzt dem Bundesteilhabegesetz.

Es zeichnet sich ab, dass dies auch für StäB gilt. Viele psychiatrisch Tätige, viele Klinikträger und auch manche Fachverbände waren und sind zögerlich in der Umsetzung der neuen gesetzlichen Behandlungsmöglichkeit und dies aus verschiedenen Gründen: Es sind rechtliche, personelle, organisatorische und nicht zuletzt budgetäre Fragen zu berücksichtigen. Behandlungskonzepte müssen entwickelt und erprobt werden und auf die jeweilige Versorgungssituation zugeschnitten werden. Für viele ist die Arbeit im ambulanten Kontext, im häuslichen Umfeld und damit die aufsuchende ambulante Behandlung in der Gemeinde Neuland, das erobert werden will. Inzwischen gibt es über drei Jahre Erfahrungswerte aus dem klinischen Alltag von StäB, die Mut machen und zeigen, dass dies gut gelingen kann (Gottlob et al. 2021; Boyens et al. 2020).

Dieses Handbuch soll dazu beitragen, dass die Einführung und Umsetzung von StäB in der eigenen Einrichtung möglichst reibungslos funktionieren kann. Es will darüber hinaus Mut machen, diese Behandlungsform den Patientinnen zur Verfügung zu stellen und so einen weiteren Fortschritt in der Behandlung psychisch kranker Menschen zu ermöglichen.

Das Buch ist so aufgebaut, dass es den Weg vom Rahmen, den das Gesetz vorgibt, über die entsprechenden auf Bundesebene getroffenen verbindlichen Vereinbarungen bis hin zu den ganz konkreten Fragen der Organisation, der Budgetermittlung und der fachlichen Konzeption in der einzelnen Klinik nachzeichnet und nachvollziehbar macht. Wir stützen uns dabei zunächst auf die Gesetzestexte und auf die von den Organen der Selbstverwaltung ausgehandelten Rahmenvereinbarungen und Abrechnungsmodalitäten, auf ausgewählte Kommentierungen von Organen und Verbänden und auf die eigenen Erkenntnisse aus der Beteiligung an den entsprechenden Verhandlungen und Gesprächen.

Zur Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im klinischen Alltag können wir uns auf eigene jahrelange Erfahrungen mit einem IV-Modell in den Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie (ZfP Südwürttemberg) und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen (PP.rt) stützen. Darüber hinaus wurden im ZfP Südwürttemberg im Vorgriff auf die Umsetzung von StäB ab Herbst 2016 Erprobungsprojekte nach den Konditionen der heutigen StäB-Behandlung an zwei Standorten, einmal im ländlichen, einmal im städtischen Raum, durchgeführt. Dies geschah im Rahmen eines umfassenden Change-Management-Projektes, in dem unter Projektleitung der Autoren das ZfP Südwürttem-

berg und die PP.rt auf die Umsetzung der StäB-Behandlung ab 01.01.2018 vorbereitet wurden. Darauf aufbauend konnte im ersten Quartal 2018 an fünf unserer Klinikstandorte und damit in vier Landkreisen in Baden-Württemberg mit StäB begonnen werden. Inzwischen wurden in unseren Häusern weit über 1.500 Patienten in StäB behandelt. Dabei waren zunächst vielfältige konzeptionelle, organisatorische und personelle, aber auch rechtliche und finanzielle Fragen zu klären. Dies ist mittlerweile gut gelungen, die StäB ist längst in die Routine übergegangen. Dennoch gibt es immer wieder neue Situationen, Fragen, die erstmalig auftreten, und Problemlagen, die mit administrativer Fantasie und therapeutischer Kompetenz gelöst werden müssen. Dies gilt für alle Bereiche des Klinikapparates vom therapeutischen Team über das Controlling und das Personalmanagement bis hin zu den Verantwortlichen für den Fuhrpark und die IT. Einen Einblick in unsere Routinedaten und einzelne Forschungsdaten finden Sie in Kapitel 6 (► Kap. 6). Die Schritte zur Planung und Einführung von StäB in einer Klinik werden auf diesem Hintergrund in Kapitel 5 systematisch dargestellt (► Kap. 5). Auch in einem Sonderheft der Nervenheilkunde und einem weiteren Praxisbuch wurden hierzu aktuelle Beiträge veröffentlicht (Weinmann et al. 2020; Brieger und Bechdorf 2020). Auch dieses Kapitel wurde anhand der neuen Erkenntnisse u. a. zu Finanzierungsmodellen und der MDK-Thematik aus unseren Kliniken und anderen Häusern in Deutschland umfassend überarbeitet und aktualisiert.

Der relativ enge gesetzlich vorgegebene Rahmen für StäB mit einer Beschränkung auf die akut erkrankten und stationär behandlungsbedürftigen Patienten erfordert eine genaue Prüfung, was zum Leistungsspektrum der StäB gehören muss – und gehören kann. Nicht alle Erfahrungen oder Vorgehensweisen aus Hometreatment-Modellen können deshalb in StäB umgesetzt werden (Längle 2018; Becker et al. 2017; Lambert et al. 2017). Aber es ist ein sehr breites Behandlungsangebot für eine Vielzahl unserer Patienten möglich – und sollte diesen auch angeboten werden.

Der Schwerpunkt dieses Buches, wie auch der Rahmenvereinbarungen und der offiziellen Texte der Verbände, liegt in der stationsäquivalenten Behandlung erwachsener psychisch kranker Menschen. Viele Überlegungen und Regelungen gelten in gleicher Weise für den Kinder- und Jugendbereich, Besonderheiten sind jedoch zu beachten. Diese werden deshalb in einem gesonderten, völlig neu bearbeiteten und erweiterten Kapitel erläutert. Der Text baut auch hier auf jahrelangen Erfahrungen mit einem entsprechenden Forschungsprojekt und nun der dreijährigen Umsetzungserfahrung von StäB im Routinebetrieb bei Kindern und Jugendlichen auf (Boege et al. 2014; Corpus et al. 2014; Boege et al. 2015).

In einem Sonderkapitel (► Kap. 3) stellen befreundete Autorinnen einzelne Aspekte zu StäB aus ihrer speziellen Kompetenz und ihrem besonderen Blickwinkel dar. Hier ist auch die Stellungnahme des Vertreters des Betroffenenverbandes aus Baden-Württemberg enthalten.

In die Gestaltung des Buches wurden und werden weiterhin viele Fragen von Teilnehmern an Tagungen, Kongressen, Seminaren und Vorträgen einbezogen, die uns in den letzten Monaten und Jahren gestellt wurden und die zeigen, wo

die grundsätzlichen, aber auch die ganz praktischen, alltäglichen Probleme bei der Implementierung von StäB in anderen Häusern liegen.

Im Rahmen der Befassung mit der Umsetzung der StäB entstanden viele kollegiale Kontakte zu Verantwortlichen in psychiatrischen Kliniken bundesweit. Wir danken für die interessanten Diskussionen und hoffen, dass diese auch mit den Leserinnen dieses Buches fortgeführt werden können. In der dazu gegründeten AG StäB der DGPPN wollen wir die Erkenntnisse aus der Umsetzung dieser neuen Behandlungsform auch weiterhin zusammentragen und ein Diskussionsforum für alle Interessierten anbieten.

Literatur

- Becker T (2009) Mobiles Krisenteam (Home Treatment). Projektbericht. Bezirkskrankenhaus Günzburg.
- Becker T, Claus S, Deister A et al. (2017) Positionspapier zur Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten Behandlung bei Erwachsenen. (https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6a32b1531f474c898fc8ec49c7bf6614cb95ac15/2017-06-13_STN_DGPPN_ST%C3%84B_fin.pdf, Zugriff am 14.07.2021).
- Boege I, Corpus N, Schepker R (2014) Behandelt zu Hause Gesund werden. Hometreatment in Verzahnung mit Klinikelementen, Chancen und Herausforderungen. Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 42(1): 27–37.
- Boege I, Corpus N, Schepker R et al. (2015) Cost-effectiveness of intensive home treatment enhanced by inpatient treatment elements in child and adolescent psychiatry. Europ. Psychiatr 30 (5): 583–58.
- Boyens J, Hamann J, Ketisch E et al. (2020) Vom Reißbrett in die Praxis – Wie funktioniert stationsäquivalente Behandlung in München? Psychiatrische Praxis, eFirst, 24.11.2020.
- Brieger P, Bechdorf A (2020) Stationsäquivalente Behandlung: Konzepte, Erfahrungen und Perspektiven. Sonderheft Nervenheilkunde, 39(11): 704–739.
- Corpus N, Schepker R, Fegert JM et al. (2014) Eltern und Patienten als Subjekt der Behandlung. Psychotherapeut, 59: 378–384.
- Deutscher Bundestag (1975) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bundestagsdrucksache 7/4200 25.11.1975.
- Deister A, Wilms B (Hrsg.) (2014) Regionale Verantwortung übernehmen. Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Faulbaum-Decke W, Zechert C (Hrsg.) (2010) Ambulant statt stationär: Psychiatrische Behandlung durch integrierte Versorgung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gottlob M, Holzke M, Raschmann S et al. (2021) Stationsäquivalente Behandlung – Wie geht das? Umsetzungsstrategien aus acht psychiatrischen Fachkliniken und –abteilungen in Deutschland. Psychiatr Prax. eFirst, 20.05.2021.
- Gouzoulis-Mayfrank E, Längle G, Koch-Stoecker S (2016) Kriterien stationärer psychiatrischer Behandlung. Leitfaden für die klinische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Johnson S, Needle J, Bindman JP et al. (2008) Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge: Cambridge University Press.
- König H-H, Heinrich S, Heider D et al. (2010) Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? Analyse der Kosten und Effekte des RPB nach 3,5 Jahren Laufzeit. Psychiatrische Praxis 37: 34–42.
- Längle G (2018) Stationsäquivalente Behandlung (StäB) – ein großer Schritt in die richtige Richtung. Debatte – Pro. Psychiatrische Praxis 45(03): 122–123.
- Lambert M, Karow A, Gallinat J et al. (2017) Evidenzbasierte Implementierung von stationsäquivalenter Behandlung in Deutschland. Psychiatrische Praxis 44(02): 62–64.

- Nolting H-D, Hackmann T (2012) Bestandsaufnahme von komplexen lokalen, regionalen und überregionalen sektorübergreifenden Modellprojekten zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. 2012. (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_IGES-Gutachten_Modelprojekte_nach__64_b_2012_03.pdf, Zugriff am 14.07.2021).
- Schwarz J, Schmid C, Neumann A et al. (2021) Implementierung eines globalen Behandlungsbudgets in der Psychiatrie–Welche Anreize, Voraussetzungen und Herausforderungen gibt es? Psychiatrische Praxis. eFirst, 26.04.2021.
- Smith M, Hefferman K, Rowland A (2008) Crisis Resolution and Home Treatment. National Institute for Mental Health England, NIMHE West Midlands. (<http://bcu.ac.uk/Download/Asset/50450b3b-d18c-4900-b985-5218b3b13afb>, Zugriff am 14.07.2021).
- von Peter S, Schwarz J, Bechdorf A et al. (2019) Analyse von Implementierungsmerkmalen psychiatrischer Modellvorhaben (nach § 64b SGB V) in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesgebiet. Das Gesundheitswesen 83(01): 33–39.
- Weinmann S, Bechdorf A, Greve N (Hrsg.) (2020) Psychiatrische Krisenintervention zuhause – Das Praxisbuch zu StäB & Co. Köln: Psychiatrie-Verlag.

2 Gesetzliche Grundlagen und Vereinbarungen der Selbstverwaltung

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind im Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) verankert, welches zum 01.01.2017 in Kraft trat. Darin war unter anderem geregelt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft Regelungen im Hinblick auf die Qualität, die Dokumentation sowie die Beauftragung an der ambulanten Behandlung beteiligter Leistungserbringer ausarbeiten. Der vom Gesetzgeber dafür vorgegebene Zeitrahmen war sehr eng gefasst, um eine rasche Realisierung von StäB zu ermöglichen. Dieselben Vertragsparteien sollten weiterhin eine Leistungsbeschreibung als Grundlage für die Entwicklung eines Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) vereinbaren. Die in einem aufwendigen und zeitweise höchst kontroversen Beratungs- und Verhandlungsprozess entstandene Rahmenvereinbarung sowie der OPS-Kode werden, ebenso wie die relevanten Stellen aus dem PsychVVG, in den folgenden Kapiteln dargestellt.

2.1 PsychVVG – Gesetz und Begründung

Im Folgenden werden aus dem »Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung der psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen« (PsychVVG) die für StäB relevanten Textstellen aus dem Gesetzestext sowie der Begründung dargestellt. Die Textstellen sind dem PsychVVG gemäß den Drucksachen 18/9528 (Deutscher Bundestag 2018a) und 18/10289 (Deutscher Bundestag 2018b) beziehungsweise dem SGB V sowie dem Gesetz zur Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) entnommen.

§ 39 Absatz 1 SGB V

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.

Im Gesetzentwurf der Bundesregierung wurde in der Begründung die Änderung des §39 wie folgt erläutert:

Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 18/9528 vom 05.09.2016, S. 46f (Auszug aus der Begründung)

Durch die Änderung in Satz 1 wird eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld als neue Behandlungsform der Krankenhausbehandlung eingeführt. Die leistungs- und leistungserbringerrechtlichen Einzelheiten dieser Behandlungsform sind in den neuen Sätzen 4 und 5 und im neuen § 115d geregelt.

Satz 2 regelt, dass die stationsäquivalente Krankenhausbehandlung als alternative Behandlungsform gleichwertig neben der vollstationären Aufnahme in das Krankenhaus steht. Bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen entscheidet das Krankenhaus, ob es die Krankenhausbehandlung vollstationär oder stationsäquivalent durchführt. Ein Vorrangverhältnis besteht insoweit nicht. (...)

Die neuen Sätze 4 und 5 enthalten die leistungsrechtliche Regelung der Behandlungsform einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. Durch die Einführung dieser Behandlungsform wird eine Lücke geschlossen, die bei der Behandlung psychisch schwer kranker Menschen besteht. Sofern die Betroffenen im Rahmen einer ambulanten oder teilstationären Behandlung in einer Tages- oder Nachtambulanz nicht angemessen versorgt werden können, besteht bisher nur die Möglichkeit, sie stationär aufzunehmen, da insbesondere Patienten mit kompliziertem Krankheitsverlauf und psychosozialen Beeinträchtigungen häufig nicht in der Lage sind, die vorhandenen Behandlungsangebote aktiv aufzusuchen. Versor-

gungsangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten jedoch möglichst dicht an ihrer Lebenswelt angesiedelt sein. Wenn die Betroffenen bei Vorliegen einer stationären Behandlungsnotwendigkeit in akuten Krankheitsphasen während der Behandlung in ihrem gewohnten Lebensumfeld bleiben können, führt dies zu geringeren Einschnitten in ihrem Alltagsleben und ermöglicht eine stärkere individuelle Ausrichtung der Behandlung auf den persönlichen Lebenskontext der Patienten. Dies kann den Betroffenen helfen, Trennungen und Beziehungsabbrüche zu vermeiden, Bindungen aufrechtzuerhalten und Familienkompetenzen zu erhalten oder zu verbessern und dadurch die Nachhaltigkeit der Behandlung zu stärken. Dadurch ist die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung insbesondere auch für psychisch kranke Menschen geeignet, die Kinder zu versorgen haben. Durch die Behandlung im häuslichen Kontext können die Erziehungskompetenz des betroffenen Elternteils erhalten und verbessert und somit die familiären Verhältnisse stabilisiert werden. Dies kommt insbesondere den Kindern psychisch kranker Eltern zugute. Außerdem ist diese Behandlung auch für psychisch kranke Kinder und Jugendliche geeignet; psychisch kranke Kinder und Jugendliche sind in besonderem Maße auf die sie umgebenden Systeme, wie beispielsweise das System Familie, angewiesen. Zugleich wird hierdurch eine konstante therapeutische Beziehung unter Einbeziehung des sozialen Umfelds gefördert, etwa wenn die Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld fortgesetzt wird. Die Kontinuität einer therapeutischen Beziehung ist einer der effektstärksten Wirkfaktoren in der Therapie psychisch kranker Menschen. Da die Behandlung im häuslichen Umfeld erfolgt und für eine Patientin oder einen Patienten immer das gleiche Behandlungsteam zuständig ist, können Orts-, Arzt- und Therapeutenwechsel weitestgehend vermieden und ein gleitender Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung ermöglicht werden.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist bei schweren psychiatrischen Leiden eine stationäre Behandlung erforderlich im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 2, wenn nur auf diese Weise ein notwendiger komplexer Behandlungsansatz erfolgversprechend verwirklicht werden kann, weil es auf das Zusammenwirken eines multiprofessionellen Teams aus z. B. Diplom-Psychologen, Sozialpädagogen, Ergo-, Bewegungs- und sonstigen Therapeuten sowie psychiatrisch geschultem Pflegepersonal unter fachärztlicher Leitung ankommt. Bei einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld, die einen intensiven, in Inhalt, Flexibilität und Komplexität der vollstationären Behandlung vergleichbaren psychiatrischen Behandlungsansatz umfasst, werden die Patienten bei stationärer Behandlungsnotwendigkeit in akuten Krankheitsphasen durch mobile, ebenfalls fachärztlich geleitete und multiprofessionelle Behandlungsteams aus den vorhandenen Klinikressourcen in ihrem gewohnten Lebensumfeld versorgt. Wenn im häuslichen Bereich der kranken Person Kinder leben, fällt gleichzeitig auch das Wohl der Kinder verstärkt in den Blick. Im Bereich der Gerontopsychiatrie kann bei Patientinnen und Patienten, die in einem Alten- oder Pflege-

heim leben, die stationsäquivalente Behandlung in diesem Heim erfolgen. Neben täglichen Therapiekontakten und einer integrierten multimodalen psychiatrischen Behandlung werden durch die permanente und rasche Verfügbarkeit der Mitarbeiter eine 24-stündige klinische Therapieverantwortung und individuelle Hilfeleistungen an sieben Tagen der Woche gewährleistet. Voraussetzung für eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld ist, dass die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit während der gesamten Behandlungsdauer fortbesteht. Bei dieser Behandlungsform handelt es sich daher nicht um eine Behandlung, die nach Art und Intensität auch durch sonstige aufsuchende Behandlungsformen erbracht werden kann. Es handelt sich vielmehr um eine komplexe Behandlungsform des Krankenhauses, die patientenorientiert und medizinisch indiziert nicht an ein stationäres Bett gebunden ist. Stationäre Aufenthalte können hierdurch verkürzt oder ganz vermieden werden. Es ist daher zu erwarten, dass diese »Krankenhausbehandlung ohne Bett« im häuslichen Umfeld auch zu einem Abbau nicht mehr benötigter Krankenhausbetten führen wird.

Die neue Behandlungsform der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld greift bestehende Versorgungsansätze zur Versorgung psychisch schwer kranker Menschen auf und leitet sie in die Regelversorgung über. Modellvorhaben nach § 64b Absatz 1 Satz 1, die eine komplexe psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld zum Gegenstand haben, bleiben unberührt.

Zu §39 Absatz 1 Satz 4 SGB V wurde im Laufe der Verhandlungen des PsychVVG der Hinweis »während akuter Krankheitsphasen« gelöscht. Auf diese Änderung bezieht sich der folgende Hinweis in der Begründung:

**Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit –
Drucksache 18/10289 vom 09.11.2017 S. 51 (Auszug aus der Begründung)**

Durch die Änderung wird auf eine einschränkende Voraussetzung für die Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung verzichtet mit dem Ziel, die stationsäquivalente Behandlung zu erleichtern. Die stationsäquivalente Behandlung soll eine kontinuierliche Begleitung von Patientinnen und Patienten während einer Krankheitsphase ermöglichen, um stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Eine stationsäquivalente Behandlung nur während einer akuten Krankheitsphase könnte dagegen dazu führen, dass sie vorrangig bei Spontaninterventionen zur Anwendung kommt.

Zur Beschreibung der StäB wird durch das PsychVVG der neue § 115d SGB V eingeführt:

§ 115d SGB V Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

(1) Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungs Verpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungs Verpflichtung 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 Patientin-