

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach §115d SGB V – ein erster Schritt zu Behandlungsformen im häuslichen Umfeld

Inpatient-Equivalent Treatment According to § 115d SGB V – A First Step Towards Various Treatments in Home Environment



Iris Hauth

Autor

Iris Hauth

Institut

Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee GmbH

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-114172>

Online-Publikation: 26.6.2017 | Psychiat Prax 2017; 44: 309–312

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Dr. med. Iris Hauth, Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee GmbH, Gartenstraße 1, 13088 Berlin
i.hauth@alexianer.de

Die Behandlung im häuslichen Umfeld von Menschen mit psychischen Erkrankungen wird von Betroffenen, Angehörigen und Experten seit vielen Jahren gefordert.

Die internationale Studienlage belegt, dass Behandlungsformen im häuslichen Umfeld wie Home Treatment oder Assertive Community Treatment, evidente Wirksamkeitsnachweise in Bezug auf stationäre Behandlungen und Behandlungszeiten, Behandlungsbereitschaft sowie Patienten- und Angehörigenzufriedenheit haben. Hinsichtlich Symptomreduktion und sozialer Funktionsfähigkeit sind sie mindestens gleichwertig gegenüber einer herkömmlichen stationären Behandlung [1, 2]. Aufsuchende Behandlungsformen ermöglichen darüber hinaus ein besseres Verständnis für den Einzelnen hinsichtlich Symptomatik, Verlauf, sozialen Bedingungen und individuellen Bedürfnissen, da die Behandlung im unmittelbaren Lebensumfeld der Betroffenen stattfindet [3].

Aus Nutzerperspektive werden insbesondere der niedrigschwellige Zugang und die rasche Hilfe, bei Bedarf rund um die Uhr, geschätzt. Die unmittelbare Unterstützung im häuslichen Kontext scheint einen selbstverständlichen Umgang mit der Krise zu ermöglichen, Patienten und ihren Angehörigen Sicherheit zu geben und deren Fertigkeiten im Umgang mit Problemen zu stärken. Der Übergang in die „Normalität“ nach einer Krise gelinge so schneller [4]. Die S3-Leitlinie „Psychosoma-

ziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN, basierend auf der internationalen Studienlage, empfiehlt eine Behandlung zu Hause mit einem hohen Evidenzgrad [5].

Im PsychVVG-Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen eröffnet der Gesetzgeber mit dem § 115d SGB V und der Aufnahme von stationsäquivalenten Leistungen (§ 39 SGB V) einen ersten wichtigen Impuls, um die bisher in Deutschland vorhandene Lücke zu schließen [6]. Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit regionaler Versorgungsverpflichtung können nun, wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt, anstelle dieser eine stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Aus Gründen der Behandlungskontinuität oder Wohnortnähe ist es möglich, dass die Kliniken auch Leistungserbringer aus der ambulanten psychiatrischen Versorgung mit der Durchführung der Behandlung beauftragen.

Zurzeit verhandeln die Selbstverwaltungsorgane – Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Spitzenverband der Krankenkassen (GKV) und der Verband der privaten Krankenkassen (PKV) – die Leistungsbeschreibung für den OPS-Katalog sowie eine Vereinbarung über Leistungsbeschreibung, Dokumentation, Qualität und Einbeziehung der ambulanten Leistungser-

POSITIONSPAPIER, 13.06.2017**Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung bei Erwachsenen**

Thomas Becker, Sylvia Claus, Arno Deister, Martin Driesen, Karel Frasch, Jürgen Gallinat, Uta Gühne, Iris Hauth, Andreas Heinz, Andreas Horn, Christian Kieser, Martin Lambert, Gerhard Längle, Michael Löhr, Thomas Pollmächer, Annette Richert, Thomas Schillen, Michael Schulz, Michael Welschehold

Das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) führte die psychiatrische Akut-Behandlung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im häuslichen Umfeld als Krankenhausleistung ein. Der Gesetzgeber hat den GKV-Spitzenverband, den Verband der privaten Krankenversicherungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, diese stationsäquivalente Behandlung gemäß § 115d SGB V zu definieren. Zur Unterstützung dieses Prozesses stellen nun DGPPN, ackpa, BDK, BFLK, DGGPP, DFPP und LIPPs ein gemeinsames Konzept vor.

Stationsäquivalente Behandlung ist nicht gleich Home-Treatment

Die folgende Leistungsbeschreibung bezieht sich auf die stationsäquivalente Behandlung gemäß § 115d SGB V und nicht auf das gesamte Leistungsspektrum, das unter dem Begriff „Home-Treatment“ gefasst werden kann. Zusätzliche, im häuslichen Umfeld gemäß SGB XI bzw. SGB XII zu erbringende Leistungen werden hier nicht beschrieben und bleiben hiervon unberührt. Die Leistungsbeschreibung gilt für das leistungserbringende Krankenhaus sowie alle anderen an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer.

Definition und Ziele der stationsäquivalenten Behandlung

Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung umfasst aus Sicht der unterzeichnenden Fachgesellschaften und Verbände eine komplexe, aufsuchende, zeitlich begrenzte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team im Lebensumfeld des Patienten, wobei auch Teilleistungen genutzt werden können, die in der Klinik erbracht werden. Ziele sind neben der Symptomreduktion eine Steigerung der Lebensqualität und die Ermöglichung eines so weit wie möglich selbstbestimmten Lebens der Betroffenen mit größtmöglicher Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, u. a. durch die Verbesserung psychosozialer Funktionen, Förderung der Fähigkeit zur selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung, Stärkung im Umgang mit Symptomen (im Sinne des Recovery-Konzepts), Reduktion von Beeinträchtigungen und die Förderung sozialer Integration, Förderung des Wissens über die Erkrankung, Aufbau von Selbstmanagementstrategien sowie umfassende Gesundheitsförderung einschließlich der Stärkung von Gesundheitsverhalten.

ten. Weitere Ziele sind die Reduzierung von Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen der Patienten, insbesondere Zwangsmaßnahmen, sowie von Aggression und Gewalt.

Voraussetzung für die Durchführung von stationsäquivalenter Behandlung ist die bestehende Indikation für eine stationäre Behandlung. Diese Indikation kann sich aus der Erkrankung, im Speziellen aus der besonderen Lebenssituation des Patienten und seinen eigenen Präferenzen ergeben.

Das multiprofessionelle Team umfasst psychiatrisch-psychotherapeutisch ausgebildete Mitarbeiter aus den Berufsgruppen der Ärzte (mit Sicherstellung des Facharztstandards für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde) und der Gesundheits- und Krankenpflege sowie aus zumindest einer der folgenden Berufsgruppen: Soziale Arbeit, Psychologen, Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten und anderen Spezialtherapeuten. Der Einsatz von Peer-Mitarbeitern bzw. Genesungsbegleitern ist erwünscht.

Schlüsselaufgaben und Leistungen

Im Vordergrund steht die Behandlung in akuten und auch längeren Krankheitsphasen und Krisen, die Verbesserung der aktuellen psychischen (und ggf. somatischen) Symptomatik sowie nach Bedarf/Einzelfall das Assessment möglicher Risiken. Die Besonderheit des Behandlungssettings ermöglicht auch die intensive Arbeit mit der Familie und/oder dem sozialen Netzwerk sowie die Stärkung psychosozialer Fertigkeiten durch die Erbringung psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfen im Lebensumfeld des Patienten entsprechend den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten der Patienten sowie der Angehörigen.

1. Die diagnostischen Leistungen umfassen, in Abstimmung mit dem Patienten, z. B.:
 - a) Erhebung der aktuellen Probleme und potenziellen Auslöser der Krise.
 - b) Erhebung der psychopathologischen Symptomatik.
 - c) Erhebung der psychiatrischen und somatischen Vorgeschichte (Anamnese).
 - d) Somatische Untersuchung, ggf. Labor- und apparative Diagnostik sowie Berücksichtigung möglicher Risiken für somatische Erkrankungen.
 - e) Erfassung der aktuellen Medikation und Behandlungsinterventionen und des Umgangs mit der Medikation, ggf. Verordnung, Umstellung der Medikation.
 - f) Erfassung von Substanzmissbrauch und anderer psychischer Komorbidität.
 - g) Erfassung von Aspekten zu Risiken und Sicherheit. Eine Gefährdung des Kindeswohls muss ausgeschlossen werden.
 - h) Erhebung psychosozialer Funktionen einschließlich von Ressourcen/Problemen in den Bereichen Arbeit, Wohnen, Finanzen.

- i) Erfassung von Stärken, Ressourcen, Zielen und Behandlungspräferenzen des Patienten.
 - j) Erfassung der familiären Situation und des sozialen Netzwerks.
 - k) Erfassung der Perspektive und Bedarfe der Bezugspersonen.
 - l) Erfassung von Gender- und Minderheitenaspekten.
 - m) Erfassung von Aspekten zu Religion und Spiritualität.
2. Zur Erfüllung der Schlüsselaufgaben, die sich in Art und Intensität zu jeder Zeit des Behandlungsverlaufs an den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen des Patienten orientieren, können alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des multiprofessionellen Teams und bei Bedarf die Strukturen der Klinik genutzt werden:
- a) Diagnostik und Erhebung der Bedarfe münden in einem Behandlungsplan, der so weit wie möglich und im Einvernehmen mit allen Beteiligten abgestimmt wird; dabei sind Wahlmöglichkeiten hinsichtlich Zeitpunkt, Art, Ort und Umfang der Behandlung durch den Patienten möglichst zu berücksichtigen. Die Interessen der Angehörigen sind so weit wie möglich zu berücksichtigen.
 - b) Kernelemente sind der Aufbau und die Pflege einer guten therapeutischen Beziehung unter Berücksichtigung der Behandlungs- und Beziehungskontinuität.
 - c) Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen (z. B. psychotherapeutische evidenzbasierte Kurzinterventionen, supportive Einzelgespräche, Kurzzeitinterventionen, Gruppentherapien, Entspannungstraining, Psychoedukation).
 - d) Aufklärung, Unterstützung und ggf. Monitoring bei medizinisch indizierter Psychopharmakotherapie.
 - e) Wenn erforderlich Mitbehandlung vorhandener somatischer Erkrankungen .
 - f) Angewandte und übende Verfahren/psychosoziale Therapien zur Unterstützung psychosozialer und alltagspraktischer Fertigkeiten sowie zur Teilhabe an der Gesellschaft (z. B. Training von Alltagsfertigkeiten und sozialen Fertigkeiten, Förderung von Aktivitäten und sozialen Kontakten/Aktivitätsaufbau, Aktivierungsbehandlung, Selbstsicherheitstraining, Beratung zu und Heranführung an Unterstützungsmöglichkeiten in den Bereichen Wohnen und Arbeit, Kontakte zu Behörden, Justiz, Arbeitgeber oder rechtlichem Betreuer, Aufbau von Sozialkontakten).
 - g) Förderung des Selbst- und Gesundheitsmanagements des Patienten, ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen.
 - h) Soweit von Patienten gewünscht Arbeit mit Angehörigen und sozialem Netzwerk.
 - i) Unterstützung bei Krisenplänen für mögliche zukünftige Krisen (z. B. Entwicklung/Review von Krisen-/Rückfallplänen, Unterstützung bei der Nutzung strukturierter recovery-orientierter Selbst-/Symp-

tommanagementpläne, Erarbeitung/Überarbeitung von Patientenverfügungen, schriftlicher Vorausverfügung, Behandlungsvereinbarung).

- j) Darüber hinausgehende ergänzende Leistungen können bei entsprechender Indikation erbracht bzw. vermittelt werden: Ergotherapie, Physiotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Kreativtherapien, Logopädie (z. B. bei Schluckstörungen), Entspannungsverfahren, sensorisch fokussierte Therapien, internetbasierte Unterstützungsprogramme und Interventionen.
- k) Bedarfsorientierte Entlassplanung (einschließlich Kontakt mit Nachbehandlern), an der Patienten und Angehörige bzw. das soziale Netzwerk beteiligt werden.

Qualität und Qualitätssicherung

Für die stationsäquivalente Behandlung gelten als Krankenhausleistung die vom G-BA festgelegten Anforderungen an die Qualitätssicherung nach § 137 SGB V. Die Diagnostik und Behandlung orientieren sich an den jeweils maßgeblichen Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Zur Gewährleistung einer effektiven Behandlung sowie zur Sicherung von Behandlungskontinuität sind transparente Dokumentation und Kommunikationsprozesse innerhalb des Teams sowie an den Schnittstellen zu anderen Behandlungs- und Versorgungssettings erforderlich.

Weitere qualitätssichernde Aspekte liegen in regelmäßiger Fort- und Weiterbildung und regelmäßigen Supervisions- und Interventionsmaßnahmen der Mitarbeiter.

Zeitliche und strukturelle Aspekte der Behandlung

- Die Klinik ist während der gesamten Behandlungsdauer für den Patienten zuständig.
- Es besteht eine durchgängige 24-stündige telefonische Erreichbarkeit und die Möglichkeit von Notfallinterventionen.
- Es besteht die Möglichkeit, sich mit den Hilfeanfragen von Betroffenen und Angehörigen direkt und zeitnah (telefonisch, elektronisch, persönlich) zu befassen. Die Frequenz und die Dauer der Kontakte/Angebote orientieren sich nicht an starren Zeitkontingenten, sondern flexibel an den individuellen Bedarfen und Möglichkeiten der Patienten.
- Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung kann bei entsprechender Indikation nahtlos und mit Behandlungskontinuität in eine (teil-)stationäre Behandlungsepisode übergeleitet werden. Umgekehrt kann auch aus der (teil-)stationären Behandlung in die stationsäquivalente Behandlung übergeleitet werden.
- Es kann erforderlich sein, die aufsuchende Behandlung mit mehr als einer Person des multiprofessionellen Teams durchzuführen. Dies gilt insbesondere für Krisenbegleitung und Netzwerkgespräche und ist ein

wichtiger Baustein der stationsäquivalenten Behandlung.

- Notwendige Fahrt- und Wartezeiten sind Bestandteil der zu erbringenden Leistungen.

Zugang und Einweisung

- Das Krankenhaus, das die stationsäquivalente Behandlung durchführt, ermöglicht den Zugang zur stationsäquivalenten Behandlung über verschiedene Wege (z. B. Notfallambulanz, Krisendienst, Sozialpsychiatrischer Dienst, PIA, stationäre Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Konsiliardienste, direkt durch Patienten und Angehörige).
- Die Indikation zur stationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung wird fachärztlich gestellt.

bringer. Dabei gilt es, unterschiedliche Auffassungen über stationsäquivalente Leistungen seitens der Krankenhausgesellschaft und der Krankenkassen zu überwinden. Besonders strittig dabei ist, ob alle Leistungen im häuslichen Umfeld stattfinden müssen oder auch leitlinienorientierte Leistungen wie z. B. Gruppentherapien in der Klinik angeboten werden können.

Auf Initiative der DGPPN hat sich Ende letzten Jahres eine Task Force gegründet, deren Mitglieder bereits langjährige Erfahrung mit aufsuchenden Leistungen wie Home Treatment, Assertive Community Treatment und stationsäquivalenten Leistungen gesammelt haben. Die Intensität der Behandlung und die strukturellen Voraussetzungen, ob diese Leistung beispielsweise aus der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), aus einer Tagesklinik oder einer Station heraus erbracht werden, differieren regional. Nach einem intensiven Diskussionsprozess ist ein konsentiertes Positionspapier zur Leistungsbe-

schreibung der stationsäquivalenten Leistung erstellt worden, das von Fachgesellschaften und Verbänden getragen und im Folgenden vorgestellt wird.

In einem nächsten Schritt wird die Task Force den Kontakt sowohl mit den Leistungserbringern aus dem ambulanten Bereich nach SGB V aufnehmen, d. h. zu den niedergelassenen Fachärzten sowie zu Leistungserbringern der ambulanten psychiatrischen Pflege und ambulanten Soziotherapie, als auch zu den Leistungserbringern aus der Eingliederungshilfe nach SGB XII, um ein abgestimmtes gemeinsames Vorgehen zu entwickeln.

Literatur

- [1] Murphy SM, Irving CB, Adams CE et al. Crisis intervention for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*; DOI: 10.1002/14651858.CD001087.pub5
- [2] Dieterich M, Irving CB, Bergman H et al. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*; DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3
- [3] Lambert M, Karow A, Gallinat J et al. Evidence-Based Implementation of Crisis Resolution in Germany. *Psychiat Prax* 2017; 44: 62–64
- [4] Winness MG, Borg M, Kim HS. Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. *J Ment Health* 2010; 19: 75–87
- [5] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Springer; 2013
- [6] Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz. Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). *Bundesgesetzblatt (BGBl) Teil I Nr 63*. Bonn: Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz; 2016