

Anlage 3

Stationsäquivalente Behandlung (StäB) nach SGB V, § 115 d

Seit 1.1.2018 können „Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung... in medizinisch geeigneten Fällen“, wenn eine stationäre psychiatrische Behandlung notwendig ist, „anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen“. Der Krankenhaussträger stellt sicher, dass die erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen.

Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen und der Rahmenvereinbarung mit den Krankenkassen gelten folgende Grundsätze:

Die Krankenhausbehandlung erfolgt im **häuslichen Umfeld** durch ein mobiles, ärztlich geleitetes multiprofessionelles **Behandlungsteam** mittels integrierter psychiatrischer Behandlung anhand ärztlich geleiteter **Therapiezielplanung**.

Die **Entscheidung, ob StäB durchgeführt wird, fällt das Krankenhaus**; entscheidungsleitend ist, auf welche Weise das Therapieziel am ehesten erreicht werden kann, das heißt, der Patient kann StäB nicht einfordern.

Das Krankenhaus muss sowohl zu Beginn als auch im Behandlungsverlauf feststellen, ob das häusliche Umfeld für StäB geeignet ist; Kriterien dafür sind:

Gibt es Bedingungen, die dem Behandlungsziel entgegenstehen, insbesondere drohende Kindeswohlgefährdung, fehlende Möglichkeit zum therapeutischen Vier-Augen-Gespräch?

Zwischen Krankenhaus und Patient ist zu klären, ob und wie die Versorgung des Patienten sichergestellt wird (Verpflegung, Haushalt, etc.).

Zustimmung des häuslichen Umfeldes:

Alle im selben Haushalt lebenden volljährigen Personen müssen zustimmen.

Dies gilt auch im Falle sich ändernder Behandlungsbedingungen.

Bei Patienten, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, ist die Zustimmung der Einrichtung einzuholen.

Das StäB-Team setzt sich aus folgenden Berufsgruppen zusammen: Ärztlicher Dienst, pflegerischer Dienst und mindestens ein Vertreter einer weiteren Berufsgruppe oder Spezialtherapeuten.

Bei Behandlung zu Hause an mehr als sechs Tagen in Folge ist eine wöchentliche multiprofessionelle Fallbesprechung sicherzustellen, in die mindestens drei der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen einbezogen werden.

Mindestens einmal täglich muss ein direkter Patientenkontakt durch mindestens ein Mitglied des Behandlungsteams erfolgen.

Kommt ein direkter Kontakt aus Gründen nicht zustande, die der Patient zu verantworten hat, zählt der unternommene Kontaktversuch als direkter Patientenkontakt.

Bei Behandlung an mehr als sechs Tagen in Folge ist eine wöchentliche ärztliche Visite im direkten Patientenkontakt in der Regel im häuslichen Umfeld sicherzustellen (Facharztstandard).

Die Sicherstellung der Behandlung erfolgt unter folgenden Bedingungen:

Rufbereitschaft mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams im Rahmen des üblichen Tagesdienstes an Werktagen.

Jederzeitige ärztliche Eingriffsmöglichkeit 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche.

Bei kurzfristigen Verschlechterungen des Gesundheitszustandes des Patienten muss umgehend mit einer vollstationären Aufnahme reagiert werden können.

Festlegung einer verbindlichen Vorgehensweise zum Umgang mit Krisensituationen.

Das Krankenhaus muss eine umfangreiche Dokumentation der Patientenkontakte und der Teambesprechungen erstellen.

Wichtig ist, dass das Krankenhaus in geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder es aus Gründen der Wohnnähe sachgerecht ist, **ambulante Leistungserbringer mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen kann**. Doch die Gesamtverantwortung bleibt beim aufnehmenden Krankenhaus und es darf nicht mehr als die Hälfte (max. 49%) der Behandlung an Dritte delegieren.

Das ZfP Süd-Württemberg erprobt StäB seit einigen Monaten an den Standorten Ehingen und Weissenau (Ravensburg).

Hermann Villinger LV BW ApK

(Quelle: Vortrag von Prof. Dr. Längle, ärztlicher Direktor des ZfP Südwürttemberg)