

Pilotprojekt StäB – Erste Erfahrungen

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung gemäß § 115d SGB V am kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost

Berlin, 27.-28. Mai 2019
Nationales Forum für Entgeltsysteme

Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge

Dr. med. Margitta Borrmann-Hassenbach
27.05.2019

Rechtliche Entwicklung zu StäB

§ 115d SGB V

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (**Psych-VVG**) wurde durch Änderungen des **§ 36 SGB V** und den neuen **§ 115d SGB V** die Möglichkeit einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung als eine neue Form der Krankenhausbehandlung eingeführt.



Vereinbarung zu StäB

Zur Vereinbarung nach **§ 115d SGB Absatz 2 SGB V** zur StäB konnte zwischen dem **GKV-Spitzenverband**, dem **PKV-Verband** und der **DKG** eine Einigung erzielt werden. Die Vereinbarung trat zum **01.08.2017** in Kraft. (**Geltungsbereich:** Psychiatrische Krankenhäuser oder fachärztlich geleitete Abteilungen mit Versorgungsverpflichtung)

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung umfasst:

- eine komplexe, aufsuchende, zeitlich begrenzte Behandlung
- wird erbracht von einem multiprofessionellem Team (Ärzte, Psychologen, Pflegefachpersonen, Spezialtherapeuten)
- erfolgt im Lebensumfeld des Patienten
- ist aus dem vollstationären Sektor zu entwickeln
- im eingeschränkten Ausmaß (max. 50%) können auch außerklinische Dritte in die Leistungserbringung einbezogen werden
- die Klinik behält immer zu 100 % die Verantwortung für die fachgerechte Leistungserbringung und Einhaltung gesetzlicher Vorgaben (z.B. DSGVO).

Zielgruppe



StäB kann nur in Erwägung gezogen werden, wenn sonst eine stationäre Akutbehandlung indiziert ist.

Die Entscheidung über die Erbringung einer StäB liegt bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzung der therapeutischen und organisatorischen Entscheidung des Krankenhauses.

Entscheidungsleitend ist, auf welche Weise das Therapieziel bei einem Patienten mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit am ehesten zu erreichen ist.

Rahmenvorgaben zur Umsetzung von StäB

Die Klinik ist während der gesamten Behandlungsdauer für den Patienten zuständig.
(auch für Medikamente und somatische Erkrankungen!)










24h/7d telefonische Erreichbarkeit und die Möglichkeit von Notfallinterventionen.

Das Krankenhaus hat sicherzustellen, dass mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams **mindestens einmal täglich** einen direkten Patientenkontakt durchführt (nicht telefonisch).

StäB kann bei entsprechender Indikation nahtlos und mit Behandlungskontinuität in eine (teil-) stationäre Behandlungsepisode übergeleitet werden. Umgekehrt kann auch aus der (teil-) stationären Behandlungsepisode in die StäB übergeleitet werden.

Weitere Vorgaben (I) für den Einsatz von StäB

-  bestehende Indikation für eine stationäre Behandlung des Patienten/Klienten
-  Therapieziel ist beim Patienten am ehesten im häuslichen Umfeld zu erreichen
-  Behandlungsteam muss im Krisenfall schnell intervenieren können und der Patient kann jederzeit kurzfristig in die Klinik aufgenommen werden
-  Vollstationärer Bereich muss sicherstellen, dass im Krisenfall jederzeit ein Platz auf der Station für die StäB-Patienten zur Verfügung steht
-  Erreichbarkeit (mindestens) eines Mitglieds des Behandlungsteams ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes sicherzustellen, darüber hinaus ist ein 24h/7d ärztliche Eingriffsmöglichkeit durch die Klinik zu gewährleisten
-  Einverständnis aller im gleichen Haushalt lebender volljähriger Menschen oder Einrichtung sowie ggf. der Ausschluss von drohender Kindeswohlgefährdung als auch die Verfügbarkeit von Räumlichkeiten für ein Vier-Augen-Gespräch
-  Versorgung des Patienten (ggf. auch im Haushalt lebender Kinder auch im Säuglingsalter von 0-1 Jahren) muss gesichert sein

Weitere Vorgaben (II) zur Umsetzung von StäB

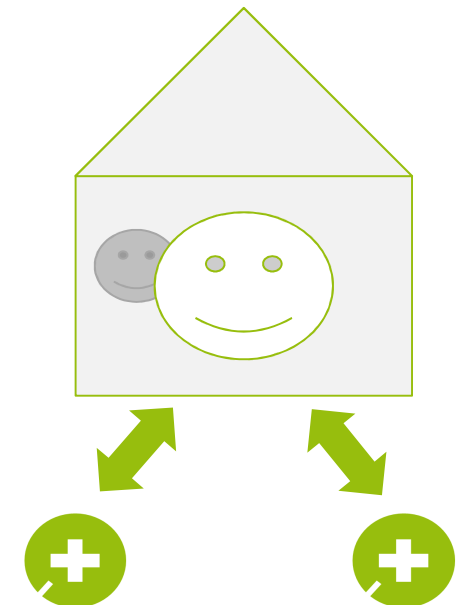
Bei StäB an mehr als **sechs Tagen** in Folge ist eine wöchentliche **fachärztliche** Visite im direkten Patientenkontakt in der Regel im häuslichen Umfeld durchzuführen.

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 StäB.

Mit Hilfeanfragen von Betroffenen und Angehörigen wird sich direkt und zeitnah (telefonisch, elektronisch, persönlich) befasst.

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

Besonderheit: Ansprüche aus anderen Sozialgesetzbüchern bleiben bestehen und fallen nicht zu Lasten des Krankenhauses



Weitere Vorgaben (III)

Multiprofessionelles Behandlungsteam

Therapiezielorientierte Behandlung durch ein mobiles multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes.

Team bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe (z.B. Psychologen) oder Sozialtherapeuten (z.B. Ergotherapeut, Physiotherapeut, Sozialpädagoge, Kreativtherapeut).

Die Verantwortung für die Behandlungsplanung und –durchführung (Behandlung auf der Grundlage eines individuellen Therapieplans, orientiert an den Möglichkeiten und dem Bedarf des Patienten) liegt bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Durchführung einer wöchentlichen multiprofessionellen Fallbesprechung zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei StäB an mehr als 6 Tagen in Folge), in die mindestens 3 der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen ggf. unter Einbeziehung kooperierender Leistungserbringer nach § 115d Abs. 1 Satz 3 SGB V einbezogen werden. Die Fallbesprechung kann unter Zuhilfenahme von Telekommunikation geschehen.



Anforderungen an die Dokumentation (I) in der Patientenakte

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

In die Patientenakte zu dokumentieren ist:

- die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit mit Aufnahmebefund und der Anamnese bzw. Fremdanamnese.
- die Therapiezielplanung und die Verlaufsdokumentation.
- die vom Patienten zu vertretende Gründe eines nicht zustande gekommenen direkten Kontaktes (während der Behandlungszeit im stationsäquivalenten Setting). Hierbei gilt auch die Zutrittsverweigerung in die Wohnung, wenn der Patient die Tür nicht öffnet, als ein „Nichtzustandekommen des Kontaktes durch den Patienten selbst“ und kann dennoch abgerechnet werden.
- die Ergebnisse der Prüfung der Eignung des häuslichen Umfelds.

- die Zustimmungen der Volljährigen, die mit dem Patienten im selben Haushalt leben (das Einverständnis der Mitbewohner muss lediglich in der Akte vermerkt werden, es braucht keine schriftliche Zustimmung), bzw. die Zustimmung der Einrichtung (Zustimmung durch Geschäftsführung) oder ambulanter Wohngruppe (Zustimmung aller ansässigen Patienten), in der der Patient lebt. Wie genau der Ablauf mit den Zustimmungen sich gestaltet, wer zustimmen muss, bleibt dem Einzelfall überlassen und wird in den Vereinbarungen zu StäB nicht näher vorgeschrieben.
- die Ergebnisse zur Prüfung sowie die eventuell daraus abgeleiteten Maßnahmen zur Berücksichtigung des Kindeswohls und ggf. der Eltern-Kind-Behandlung. Bei Bedarf sind ein Pädiater / Kinderpsychiater / Hebamme / Kinderkrankenschwester hinzuzuziehen, ggf. ist die Notwendigkeit einer Eltern-Kind-Behandlung zu prüfen
- die berufsgruppenbezogene namentliche Dokumentation der teilnehmenden und entschuldigter Mitglieder des Behandlungsteams an der wöchentlichen Fallbesprechung.
- die Dokumentation von beauftragten weiteren Leistungserbringern (Dritte).

Das Krankenhaus übermittelt an die Krankenkasse:

- im Rahmen der Datenübertragung nach § 301 SGB V auch den Ort des häuslichen Umfelds (Privatwohnung, Pflegeheim, weitere Wohnformen).
- die Therapiezeiten am Patienten separat und berufsgruppenspezifisch (Ärzte, Pflegepersonen, Sozialtherapeuten, etc.). Fahrzeiten sind dabei nicht berücksichtigt.

Behandlungsziele bei STäB

- ✓ Symptomreduktion und Behandlung analog stationärer Akutbehandlung
- ✓ Bewältigung der Erkrankung im häuslichen Umfeld und somit Vermeidung von Regression im vollstationären Kontext
- ✓ Größtmögliche gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung
- ✓ Förderung eines selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung im Sinne der Recovery
- ✓ Behandlungsangebot für Patientengruppen, die sonst in Akutphasen keine adäquate Behandlung erfahren würden
- ✓ Entlastung stationärer Versorgungseinheiten

StäB Patient: Ein-und Ausschlusskriterien, Rekrutierung, Indikation

Indikationen:

Krankenhausbehandlungsbedarf
Behandlungsziel mit StäB voraussichtlich zu erreichen
Erwachsene Patienten und Patientinnen aller Altersgruppen
Alle psychiatrischen Diagnosen
Eignung des häuslichen Umfelds und ggf. Kindeswohl prüfen

Kontraindikationen:

Im StäB-Setting nicht beherrschbare Selbst- oder Fremdgefährlichkeit
Schwere behandlungsbedürftige somatische Begleiterkrankungen

Patientenrekrutierung:

von ambulant über

- Zentrale Aufnahme
- Krisentermine der Ambulanzen

von stationär (auch aus anderen Kliniken)

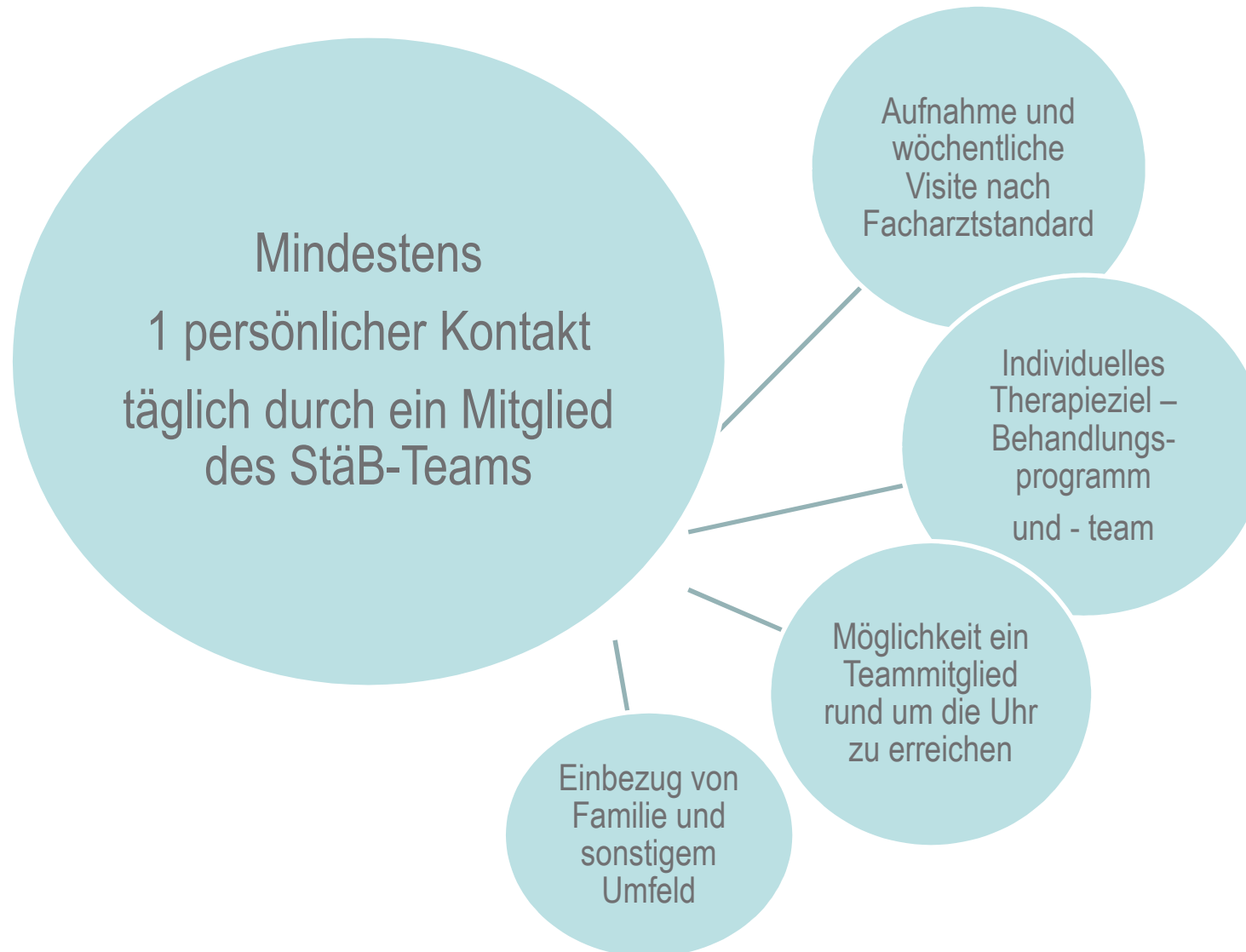
Indikationsstellung:

durch StäB-Facharzt im Erstgespräch vor Ort

Geeignete Zielgruppen für StäB

- stark auf die Vertrautheit ihrer häuslichen Umgebung angewiesene Patienten, z.B. aus dem gerontopsychiatrischen Bereich
- Ersterkrankte Patienten mit großen Vorbehalten (u.U. auch der betreuenden Angehörigen) gegenüber einem Klinikaufenthalt
- Patienten in frühen Stadien einer z.B. schizophrenen Exazerbation mit der Chance, durch frühzeitigen intensiven Behandlungsbeginn Zwangseinweisungen und damit letztlich viel längere stationäre Behandlungszeiten zu vermeiden
- Patienten mit großen Einschränkungen in der Sozialkompetenz, für die die Gruppensituation der Klinikbehandlung mit zusätzlichem Stress verbunden ist
- Patienten mit starken Ängsten oder Zwängen, welche einen notwendigen stationären Aufenthalt verunmöglichen
- Patienten mit versorgungsbedürftigen kleineren Kindern, die diese nicht in fremde Obhut geben können oder wollen
- Patienten mit einem positiv stützenden sozialen Umfeld, das in der häuslichen Umgebung unmittelbarer als bei einer Behandlung im Kliniksetting in die Behandlung mit einbezogen werden kann
- Patienten mit chronischen Verlaufsformen schizophrener oder affektiver Störungen, die aufgrund ihrer gesellschaftsnonkonformen Lebensgestaltung und Krankheitsbewältigung auch äußerst individuelle Behandlungsbedingungen brauchen.

Mindestanforderungen an die StäB-Leistung



Das Pilotprojekt StäB am kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost

Das multiprofessionelle Team

- Einsatz nur in StäB mit dualer Führung (OÄ/A und pflegerischer Leitung)
- Chefärztlich geleitet gemeinsam mit zentraler Aufnahme und Ambulanz
- ursprünglich vorgesehen – analog zu einer Station für 20 Patienten 16 VK:
 - 0,5 VK Oberarzt
 - 1,0 VK Facharzt
 - 1,0 VK Assistenzarzt
 - 7,5 VK Pflege
 - 1,0 VK Psychologe
 - 1,0 VK Sozialpädagoge
 - 3,0 VK Therapeuten
 - 1,0 VK Sekretariat.
 - nichtärztliche Berufsgruppen substituierbar

Räume:	Stadtmitte: Stationszimmer, Besprechungsraum, Büros
Arbeitszeit:	7 Tage (alle Berufsgruppen) Nächtliche Rufbereitschaft übernimmt ein Mitarbeiter aus dem Team
Medien und Kommunikation:	Smartphone für jeden Mitarbeiter , Notebooks für mobile elektronische Dokumentation Mediennutzung soweit möglich
Mobilität:	Beginn mit 2 - aktuell 6 KFZ und 2 E-Bikes + öffentl. Verkehrsmittel
Einzugsgebiet:	Erreichbarkeit in ca. 20 Minuten
Behandlungsplätze:	n=20, ggf. weniger je nach Personal
Übergänge, Vernetzung:	StäB-Ambulanz für kurzfristige Nachsorge, enge Zusammenarbeit mit Niedergelassenen, Ambulanzen und sozialpsychiatrischen Einrichtungen

Anzahl Patienten (n): 55 Patienten m/w 17/38

Altersverteilung: 24 – 85 Jahre, Ø 48 Jahre

Diagnosenverteilung:

- F0: 1
- F2: 30
- F3: 14
- F4: 6
- F5: 2 (postpartal)
- F6: 2

Verweildauer: Ø 33 Tage

Auslastung: 20 Behandlungsplätze

Patientenmerkmale

Wohnform:

Allein:	19	
Familie/Kinder/Partner, Eltern:	29,	davon mit kleinen Kindern 11
TWG/Heim:	7	

Arbeit/Lebensunterhalt:

Rente:	12	
EU-Rente, Grundsicherung:	23	wegen psychischer Erkrankung
Berufstätig:	18	
Zweiter Arbeitsmarkt:	2	

Migration in der direkten Vorgeschichte: 17

Woher kommen die StäB-Patienten ?

Zugangsweg: über zentrale Aufnahme/Ambulanz: 35

von Station: 20

Wiederaufnahmen in StäB 9

Stationäre Voraufenthalte: keine: 9

einer: 11

mehrfach: 35

Entlassung aus der StäB-Behandlung wohin?:

Ambulante Weiterbehandlung: 43 (1/3 PIA, 2/3 Vorbehandler)

stationär psychiatrische Behandlung: 9 (aus Altenheim, „Grenzgänger“)

somatisches Krankenhaus: 3 (z.B. HI)

Erste Erfahrungen aus der Praxis mit Patienten

- Etwa die Hälfte der Patienten lebt allein oder in einer betreuten Wohnform
- Viele wegen der psychischen Erkrankung nicht mehr arbeitsfähig (EU-Rente, Grundsicherung), chronisch kranke Patienten
- Mütter mit Kindern wurden rasch aufgenommen und profitieren sehr
- Angehörige schätzen das Angebot und stützen die Behandlung
- Patienten mit Persönlichkeitsstörungen brauchen klare Vorgaben/Behandlungsvertrag
- Patienten haben keine Ruhe von uns, Absagen sind nicht vorgesehen
- Gruppenbehandlung kommt nicht zustande, erscheint auch nicht sinnvoll (Gründe: Heterogenität der StäB-Patienten, langfristige Perspektive)

Erste Erfahrungen aus der Praxis - organisatorisch

- **Einbezug Dritter in die Behandlung ist problematisch**
(Datenschutz/Dokumentation/Therapiekonferenzen/Arbeitszeiten 24/7)
- **Enormer Planungsaufwand**, klare Strukturen nötig/Wochenplan für Besprechungen
- **Nadelöhr Fachärzte** (wöchentliche Visiten, Aufnahmegespräche, „missglückte Aufnahmen“) > Stellenanteil höher ansetzen
- **Arbeitszeit in 2 Schichten** wochentags nicht unbedingt sinnvoll, wohl aber am Wochenende
- **Multiprofessionalität ist ein Gewinn** aber ein Gewöhnungsprozess
- **StäB im Altenheim eher schwierig** aus organisatorischen Gründen - evtl. besser intensiv ambulant (zu viele Beteiligte für verbindliche Absprachen)
- **Somatische Konsile problemlos**, in der Klinik und extern (mit Konsilschein in eine Praxis) klappt gut
- **Nächtliche Rufbereitschaft aus dem Team gestellt** – großer Vorteil
- **Pflegedienst zur Medikamentengabe** als Hilfe, ökonomisch günstiger als 2 Kontakte
- **Öffentliche Verkehrsmittel** – nicht immer so gut wie erwartet

Vielen Dank für ihr Interesse!

Ansprechpartner Projektleitung:
kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost:
Dr. Eva Ketisch
Chefärztin Zentrale Aufnahme, Ambulanz und
Stationsäquivalente Behandlung

E-Mail: eva.ketisch@kbo.de