



**Gemeinsamer Bericht
über die Auswirkungen der stationsäquivalenten
psychiatrischen Behandlung
im häuslichen Umfeld auf die Versorgung
der Patientinnen und Patienten einschließlich
der finanziellen Auswirkungen
gemäß § 115d Absatz 4 SGB V**

des GKV-Spitzenverbandes,
des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.
und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V.

23.12.2021

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
1. Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung	1
2. Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung	3
2.1 Gesetzlicher Auftrag	3
2.2 Inhalt und Umsetzung	3
2.3 Auswertung der Daten gemäß § 21 KHEntgG.....	4
2.3.1 Eckdaten der psychiatrischen Einrichtungen.....	5
2.3.2 Struktur und Entwicklung der stationsäquivalenten Behandlungsfälle	8
2.3.3 Leistungsstruktur und Leistungsentwicklung der stationsäquivalenten Behandlungen	17
2.3.4 Erlöse für die stationsäquivalente Behandlung	28
2.4 Kostendaten der Gesetzlichen Krankenversicherung	31
2.5 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung in den Krankenhausplänen der Bundesländer	32
3. Fazit	34
3.1 Bewertung der DKG.....	34
3.2 Bewertung des GKV-Spitzenverbandes	37

Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
bzw.	beziehungsweise
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ff.	folgende
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
Min.	Minuten
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik
PEPPV	Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherung
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
SGB	Sozialgesetzbuch
StäB	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Räumliche Verteilung der StäB-Krankenhäuser 2020	7
Abbildung 2: Anzahl der StäB-Fälle für die Bereiche Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2018–2020	8
Abbildung 3: Geschlechterverteilung der StäB-Fälle, 2018–2020.....	10
Abbildung 4: Altersverteilung der StäB-Fälle, 2018–2020.....	11
Abbildung 5: Prozentuale Verteilung der StäB-Fälle nach dem Ort der Leistungserbringung, 2018–2020	12
Abbildung 6: Berufsgruppen-Kombinationen über alle erbrachten StäB-Fälle, Erwachsene, 2018–2020	23
Abbildung 7: Berufsgruppen-Kombinationen über alle erbrachten StäB-Fälle, Kinder und Jugendliche, 2018–2020	24
Abbildung 8: Summe der StäB-Erlöse, 2018–2020.....	29
Abbildung 9: Verteilung der StäB-Erlöse nach Erlösarten für den Bereich Erwachsenenpsychiatrie, 2018–2020	30
Abbildung 10: Verteilung der StäB-Erlöse nach Erlösarten für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2018–2020.....	31

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Eckdaten der psychiatrischen Einrichtungen, 2018–2020	5
Tabelle 2:	Eckdaten der StäB-Einrichtungen, 2018–2020	6
Tabelle 3:	Anzahl der Standorte nach StäB-Fallzahlen-Klassen, 2018–2020	9
Tabelle 4:	StäB-Berechnungstage, 2018–2020	9
Tabelle 5:	Prozentuale Verteilung der StäB-Fälle auf die ICD-10-Unterklassen in der Erwachsenenpsychiatrie, 2018–2020	13
Tabelle 6:	Prozentuale Verteilung der StäB-Fälle auf die ICD-10-Unterklassen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2018–2020.....	14
Tabelle 7:	Die fünf häufigsten Hauptdiagnosen der StäB-Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie, 2018–2020	15
Tabelle 8:	Die fünf häufigsten Hauptdiagnosen der StäB-Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2018–2020.....	16
Tabelle 9:	Anzahl der OPS-Kodes nach Berufsgruppen und Zeitklassen, Erwachsene, 2020	18
Tabelle 10:	OPS-Kodes nach Berufsgruppen und Zeitklassen, Kinder und Jugendliche, 2020	19
Tabelle 11:	OPS-Kodes nach Berufsgruppen, 2018–2020.....	20
Tabelle 12:	OPS-Kodes nach Zeitklassen, 2018–2020	21
Tabelle 13:	Verteilung der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen, 2018–2020.....	22
Tabelle 14:	Durchschnittliche Behandlungszeiten in Minuten pro Behandlungsfall, 2018–2020.....	25
Tabelle 15:	Durchschnittlicher Anteil der berufsgruppenspezifischen Behandlungstage an den Gesamtbehandlungstagen, 2018–2020	26
Tabelle 16:	Durchschnittliche Behandlungszeit in Minuten pro berufsgruppenspezifischen Behandlungstag, 2018–2020.....	27
Tabelle 17:	Durchschnittliche Behandlungszeit in Minuten pro Behandlungstag über alle Berufsgruppen, 2018–2020	28
Tabelle 18:	Durchschnittliche StäB-Erlöse, 2018–2020	30
Tabelle 19:	Übersicht Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für die psychiatrische Krankenhausbehandlung	32
Tabelle 20:	StäB in den Krankenhausplänen der Bundesländer	33

1. Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde durch Änderungen des § 39 Absatz 1 SGB V und Einführung des § 115d SGB V ab dem Jahr 2018 die Möglichkeit einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) als neue Form der Krankenhausbehandlung geschaffen. Die StäB umfasst demgemäß 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. Zur Erbringung der StäB sind psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung berechtigt.

Begleitend zur Einführung der StäB im SGB V wurde die Finanzierung dieser neuen Versorgungsform durch Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) geregelt.

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene wurden beauftragt, die weiteren Rahmenbedingungen für die StäB festzulegen. Dazu haben der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in der „Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Absatz 2 SGB V“ vom 01.08.2017 Festlegungen getroffen, welche unter anderem Anforderungen enthält zur:

- Dokumentation, inklusive der Dokumentation der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit,
- Qualität der Leistungserbringung,
- Beauftragung von weiteren Leistungserbringern.

Zusätzlich sind die Anforderungen an die Leistungsbeschreibung aus den StäB-spezifischen Operationen- und Prozedurenkodes (OPS 9-701 für Erwachsene und OPS 9-801 für Kinder und Jugendliche) für die Abrechnung der Leistungen zu berücksichtigen. Die Differenzierung der OPS-Kodes erfolgt berufsgruppenspezifisch nach Therapiezeiten in halbstündlichen bzw. stündlichen Intervallen. Zudem wurden die

Voraussetzungen für die Abrechnung im Wege der elektronischen Datenübermittlung nach § 301 SGB V geschaffen. Die Übermittlung der Abrechnungsdaten im § 301 SGB V-Verfahren an die Krankenkassen für StäB-Behandlungsfälle ab dem 01.05.2018 rückwirkend für StäB-Aufnahmen ab dem 01.01.2018 möglich. Dadurch wurde die Abrechnung für ab dem 01.01.2018 erbrachte StäB-Behandlungsleistungen sichergestellt.

Entsprechend den Vorgaben des KHG erfolgt die Finanzierung der StäB-Behandlungen im Rahmen des Pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP). Hierzu haben die Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene mit der „Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2018 (PEPPV 2018)“ in Anlage 6b des PEPP-Kataloges zwei unbewertete Entgelte (QA80Z für die Behandlung bei Erwachsenen und QK80Z für die Behandlung bei Kindern und Jugendlichen) aufgenommen und die erforderlichen Abrechnungsbestimmungen geregelt. Für diese unbewerteten Entgelte sind von den Vertragsparteien auf der Ortsebene krankenhausspezifische Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 BpflV zu vereinbaren, wobei unter Berücksichtigung der Leistungsbeschreibung im OPS (nach Berufsgruppen und Zeitklassen) auch weitere differenzierende Entgelte vereinbart werden können. In Verbindung mit der Einführung der unbewerteten Entgelte wurde mit den Abrechnungsbestimmungen (PEPPV 2018) zudem ein Ersatzbetrag in Höhe von 200 Euro pro Tag festgelegt, so dass eine Abrechnungsmöglichkeit für Aufnahmen ab dem 01.01.2018 bereits vor der Vereinbarung auf Ortsebene gewährleistet war.

Die Weiterentwicklung des PEPP-Kataloges erfolgt durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) auf Grundlage der Kosten- und Leistungsdaten einer Stichprobe von Krankenhäusern. Die Einführung der StäB im Katalog für 2018 erfolgte als unbewertete Entgelte, da für die StäB in den zu Grunde liegenden Daten des Jahres 2016 noch keine Daten vorliegen konnten. Da auch die Datengrundlagen in den Folgejahren unzureichend waren und sich zum Teil auch hohe Varianzen bei den Tageskosten gezeigt haben, war die Entwicklung von einheitlichen Entgeltdefinitionen und Bewertungsrelationen durch das InEK für die Entgeltkataloge 2019 und 2020 ebenfalls nicht möglich.

2. Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

2.1 Gesetzlicher Auftrag

Der Gesetzgeber hat den GKV-Spitzenverband, den PKV und die DKG gemäß § 115d Absatz 4 SGB V beauftragt, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis zum 31.12.2021 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vorzulegen. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.

2.2 Inhalt und Umsetzung

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben sich für die Umsetzung des gemeinsamen Berichtes darauf verständigt, die standardisierten und bundesweit vorliegenden Daten der Krankenhäuser nach § 21 KHEntgG für die Datenjahre 2018, 2019 und 2020 zu nutzen. Diese Datengrundlage ermöglicht fall-, einrichtungs- und kostenträgerübergreifende Analysen der Abrechnungs- und Leistungsdaten der Krankenhäuser. Die Selbstverwaltungspartner haben ein Auswertungskonzept und Fragestellungen abgestimmt und das InEK um die Bereitstellung der gewünschten Auswertungen gebeten. Das InEK hat daraufhin umfangreiche Auswertungen der Datenjahre 2018, 2019 und 2020 durchgeführt und den Selbstverwaltungspartnern die Ergebnisse für die Erstellung dieses Berichtes zur Verfügung gestellt.

Die Auswertungen des InEK wurden von den Selbstverwaltungspartnern für die Darstellung in diesem Bericht aufbereitet und im folgenden Kapitel 2.3 dargestellt.

Weiterführend erfolgt eine Darstellung der endgültigen Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung (KJ1) mit den Gesamtausgaben für die StÄB von 2018 bis 2020 (Kapitel 2.4).

Darüber hinaus erfolgt eine Darstellung des Verankerungsstands der StÄB in den Krankenhausplänen der Bundesländer (Kapitel 2.5).

Bei dem Bericht ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der StäB um eine neue Behandlungsform handelt, die seit Anfang 2018 erbracht werden kann und organisatorisch eine Vorlaufzeit benötigt. Darüber hinaus ist es möglich, dass sich die seit Frühjahr 2020 bestehende Corona-Pandemie auf die Einführung und Umsetzung der StäB ausgewirkt hat. Die Ergebnisse des Berichtes stellen insofern einen Statusbericht unter Berücksichtigung der genannten Limitationen dar. Weitere Informationen zur Implementierung, klinischen Wirksamkeit, stationären Wiederaufnahmeraten und Kosten werden voraussichtlich Ende 2023 im Rahmen der Ergebnisse der vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderten AKtiV-Studie verfügbar sein.

2.3 Auswertung der Daten gemäß § 21 KHEntgG

Grundsätzlich erfolgt die Auswertung aller stationsäquivalenten Fälle für die Datenjahre 2018 bis 2020. Als Auswahlkriterium der stationsäquivalenten Fälle galt die Abrechnung der PEPP-Entgelte QA80Z und QK80Z bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung. Die Auswertungen der erbrachten Leistungen basieren auf den hinterlegten OPS-Kodes. Ein Teil der Informationen wurde vom InEK in verschiedenen Aggregationsniveaus (bundesweit, auf Bundeslandebene, auf Ebene des einzelnen Krankenhauses) zur Verfügung gestellt. Aus Datenschutzgründen werden im vorliegenden Bericht die Informationen ausschließlich in aggregierter Form dargestellt. Als Leistungserbringer der StäB wurde jedes Krankenhaus gezählt, das mindestens einen Fall im jeweiligen Datenjahr abgerechnet hat. Jahresübergreifende fallbezogene Auswertungen sind aufgrund der beim InEK erfolgenden Pseudonymisierung der Daten nicht möglich.

Nach einer Darstellung der Eckdaten aller psychiatrischen Einrichtungen (Fachabteilungen und Fachkrankenhäuser) für Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche in Deutschland sowie die Eckdaten der Krankenhäuser, die StäB-Leistungen erbringen, wird auf die Fallstruktur der StäB sowie die Leistungsstruktur der StäB nach OPS eingegangen. Darüber hinaus wird zur Darstellung der finanziellen Auswirkungen die Erlösentwicklung auf Grundlage der abgerechneten StäB-Entgelte dargestellt. Im Abschnitt zur Fallstruktur der StäB wird zudem darauf eingegangen, inwieweit die StäB-Fälle auch in weiteren psychiatrischen Versorgungsformen der Krankenhäuser behandelt wurden.

2.3.1 Eckdaten der psychiatrischen Einrichtungen

Die Darstellung der psychiatrischen Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland umfasst alle Krankenhäuser, die im jeweiligen Jahr mindestens ein vollstationäres PEPP-Entgelt aus den Strukturkategorien Erwachsenenpsychiatrie (PA) oder Kinder- und Jugendpsychiatrie (PK) abgerechnet haben. Somit sind sowohl psychiatrische Fachabteilungen und Fachkrankenhäuser für Erwachsenenpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber keine psychosomatischen Einrichtungen enthalten. Ergänzend zur Anzahl der psychiatrischen Krankenhäuser (nach Institutskennzeichen) und der Anzahl der Standorte (nach Standortnummer) werden die Anzahl der vollstationären psychiatrischen Fälle und Berechnungstage dieser Einrichtungen in der folgenden Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Eckdaten der psychiatrischen Einrichtungen, 2018–2020

	2018	2019	2020
Krankenhäuser	522	524	526
Standorte	---*	641	640
Vollstationäre psychiatrische Fälle	878.743	879.040	789.810
Vollstationäre psychiatrische Berechnungstage	25.151.438	25.246.085	22.557.987

Die Auswertung zeigt, dass sich die Anzahl der psychiatrischen Krankenhäuser und Standorte über die Jahre 2018 bis 2020 nicht wesentlich verändert hat. Die Anzahl der Standorte in 2018 (*) ist nicht ausgewiesen, da Krankenhäuser erst seit dem 01.01.2019 verpflichtet waren, ihre Standorte und Ambulanzen zu melden. Die vollstationären Fallzahlen und Berechnungstage zeigen nach einem leichten Anstieg von 2018 auf 2019 einen Rückgang im Jahr 2020.

In der folgenden Tabelle 2 werden die entsprechenden Eckdaten der psychiatrischen Einrichtungen, die im jeweiligen Jahr mindestens ein StäB-PEPP-Entgelt (QA80Z, QK80Z) abgerechnet haben, dargestellt. Diese Einrichtungen werden im Folgenden als StäB-Einrichtungen bzw. StäB-Krankenhäuser bezeichnet.

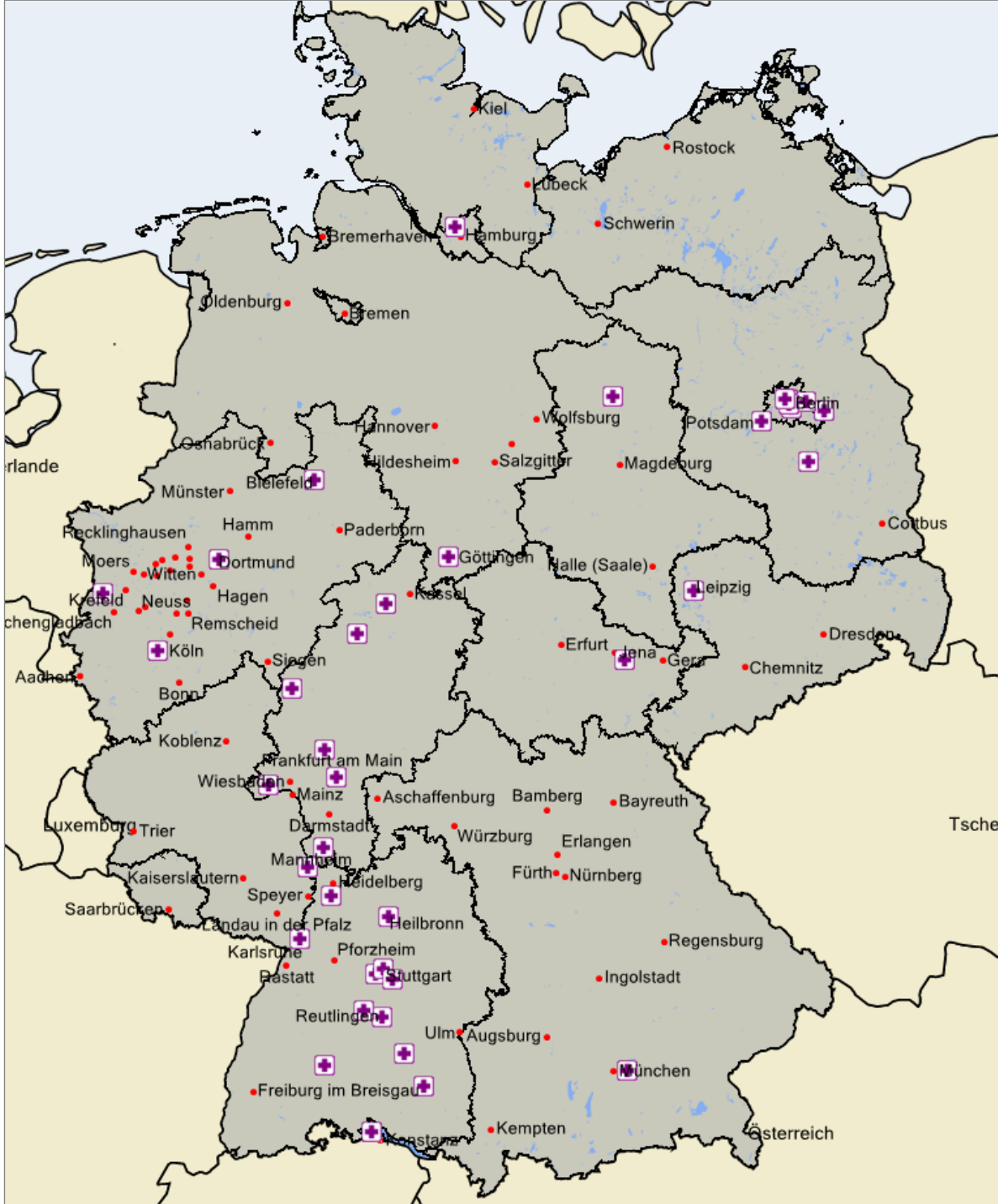
Tabelle 2: Eckdaten der StäB-Einrichtungen, 2018–2020

	2018	2019	2020
Anzahl der StäB-Krankenhäuser	13	30	36
Anzahl der StäB-Standorte	15	33	38
Vollstationäre psychiatrische Fälle	60.722	128.408	127.197
Vollstationäre psychiatrische Berechnungstage	1.628.305	3.494.647	3.599.393
Anzahl der vollstationären psychiatrischen Betten der StäB-Krankenhäuser	6.303	12.565	10.498
Kennzahlen			
Mittlere Anzahl der Psychiatrie-Betten	485	419	292
Mittlere Fallzahl aller psychiatrischen Krankenhäuser	1.683	1.678	1.502
Mittlere Fallzahl der StäB-Krankenhäuser	4.671	4.280	3.533
Verhältnis der Fallzahlen	2,8	2,6	2,4

Die Entwicklung der Anzahl der StäB-Krankenhäuser und StäB-Standorte zeigt den kontinuierlichen Aufbau des StäB-Angebots. Die Anzahl der StäB-Krankenhäuser ist von 2018 auf 2020 von 13 Einrichtungen (15 Standorte) im Jahr 2018 auf 36 Einrichtungen (38 Standorte) im Jahr 2020 gestiegen. Die durchschnittliche Anzahl der vollstationären psychiatrischen Betten der StäB-Krankenhäuser weist zum einen darauf hin, dass die Möglichkeit zur StäB primär von „größeren“ Krankenhäusern genutzt wird. Zum anderen lässt die Entwicklung dieser Kennzahl von 485 in 2018 auf 292 in 2020 vermuten, dass zunehmend auch „weniger große“ Krankenhäuser StäB angeboten haben. Das Verhältnis der mittleren Fallzahlen der StäB-Krankenhäuser im Vergleich zu allen psychiatrischen Einrichtungen ist von 2018 auf 2020 von Faktor 2,8 auf den Faktor 2,4 gesunken. Auch aus dieser Kennzahl lässt sich vermuten, dass StäB primär von „größeren“ Krankenhäusern, aber auch zunehmend durch „weniger große“ Krankenhäuser angeboten wurde.

Bei der regionalen Verteilung von StäB-Krankenhäusern in 2020 zeigt sich eine deutliche Konzentration von Standorten im Südwesten Deutschlands. Vereinzelt Angebote gibt es ebenfalls in Richtung Norden. Ein weiterer regionaler Fokus befindet sich in der Ballungsregion Berlin mit Umland (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Räumliche Verteilung der StäB-Krankenhäuser 2020

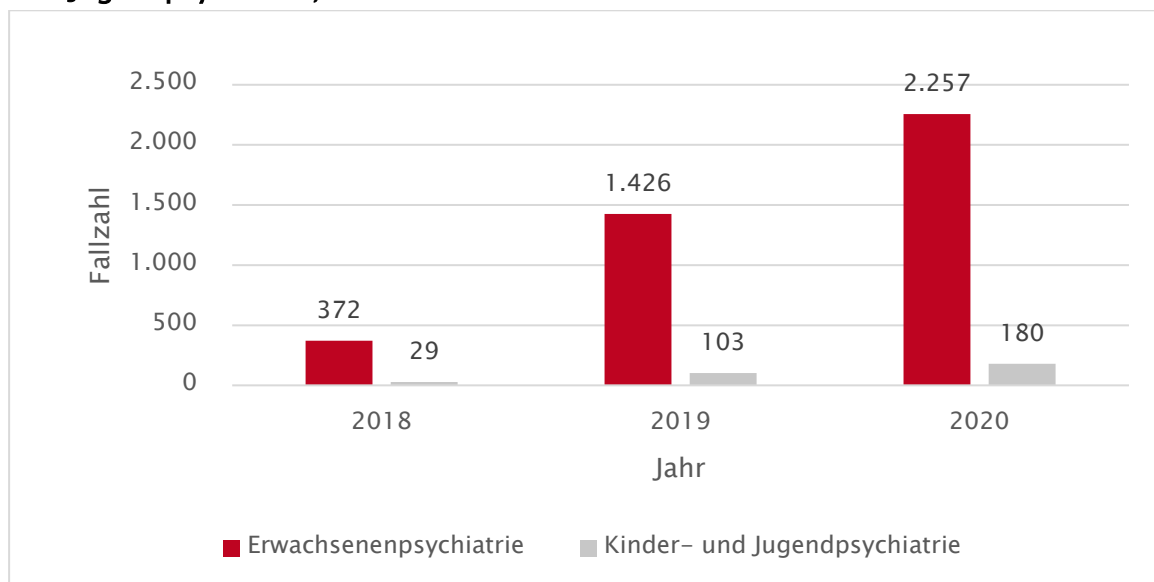


Insgesamt wurden StäB-Leistungen im Jahr 2018 in 6 Bundesländern, im Jahr 2019 in 12 Bundesländern und im Jahr 2020 in 11 Bundesländern erbracht. In den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Schleswig-Holstein wurde über alle drei betrachtete Auswertungsjahre hinweg keine StäB angeboten. Für Schleswig-Holstein ist zu berücksichtigen, dass ein großer Teil der psychiatrischen Kliniken Hometreatment als weitere Form der aufsuchenden Behandlung im Rahmen von Modellprojekten gemäß § 64b SGB V umsetzen (siehe auch Abschnitt 2.5).

2.3.2 Struktur und Entwicklung der stationsäquivalenten Behandlungsfälle

Aus den Abrechnungsdaten des InEK ist ersichtlich, dass die Anzahl der StäB-Fälle über die drei Auswertungsjahre zugenommen hat. Während im Einführungsjahr 2018 insgesamt 401 StäB-Fälle behandelt wurden, stieg die Anzahl im Jahr 2019 auf 1.529 Fälle und im Jahr 2020 weiter auf 2.437 Fälle. Die folgende Abbildung 2 zeigt die Verteilung der StäB-Fälle nach den Bereichen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Abbildung 2: Anzahl der StäB-Fälle für die Bereiche Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2018–2020



Zudem ist den Auswertungen zu entnehmen, dass sich die StäB-Fallzahlen zwischen den einzelnen Krankenhäusern bzw. Standorten stark unterscheiden. Dies wird in der folgenden Darstellung der Standorte nach „StäB-Fallzahl-Klassen“ deutlich.

Die folgende Tabelle 3 gibt die Anzahl der Standorte nach Fallzahlklassen (StäB-Fälle) wieder.

Tabelle 3: Anzahl der Standorte nach StäB-Fallzahlen-Klassen, 2018–2020

	2018	2019	2020
Standorte mit 1 – 5 StäB-Fällen	3	11	6
Standorte mit 6 – 20 StäB-Fällen	3	4	6
Standorte mit 21 – 50 StäB-Fällen	7	3	10
Standorte mit 51 – 100 StäB-Fällen	2	10	4
Standorte mit 101 – 200 StäB-Fällen	0	5	11
Standorte mit mehr als 200 StäB-Fällen	0	0	1
Summe der StäB-Standorte	15	33	38

Mit dem gesonderten Ausweis der Klasse mit 1–5 Fällen soll lediglich transparent gemacht werden, dass auch Standorte mit sehr wenigen Fällen in den Auswertungen enthalten sind. Im Übrigen zeigt die Tabelle, dass im Jahr 2020 an der Mehrzahl der Standorte (26=68 %) bis zu 100 Fälle erbracht wurden. 101 bis 200 Fälle wurden an 11 Standorten (29 %) und lediglich an einem Standort mehr als 200 Fälle erbracht.

Hinsichtlich der StäB-Berechnungstage ist ebenfalls eine Steigerung ersichtlich. Der Mittelwert der StäB-Berechnungstage lag 2018 bei 24 Tagen und im Jahr 2020 bei 33 Tagen (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: StäB-Berechnungstage, 2018–2020

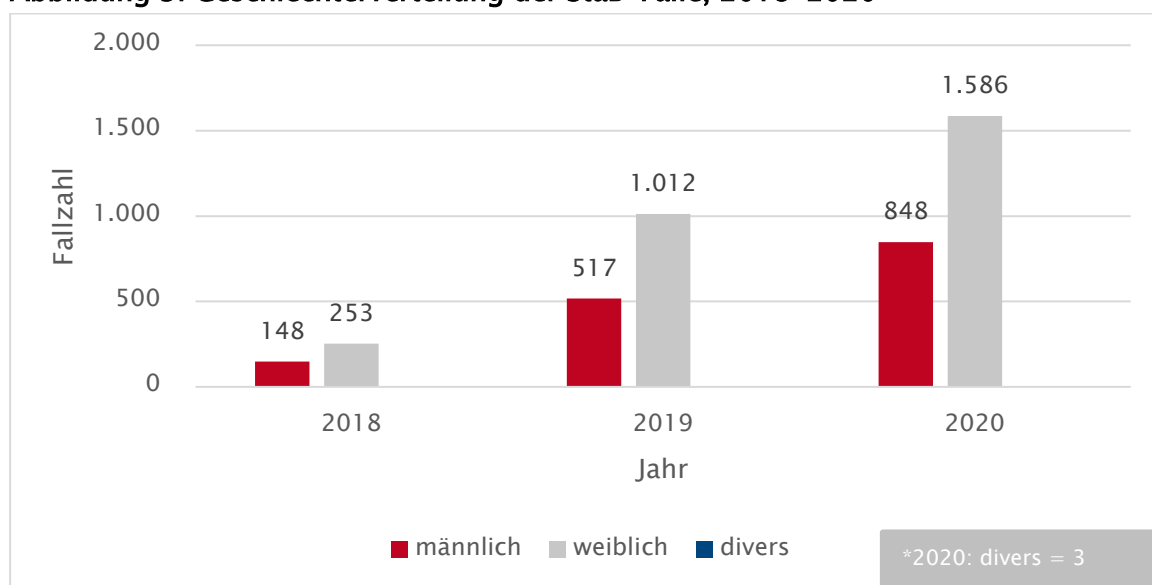
	2018	2019	2020
Anzahl der StäB-Berechnungstage	9.571	47.411	81.487
Mittelwert der StäB-Berechnungstage	24	31	33

Ferner ist aus Sicht der Patientenversorgung von Interesse, inwieweit die Fallangaben auch auf Patientinnen und Patienten übertragbar sind. Um dieser Frage nachzugehen, wurden alle Fälle mit einer gültigen Krankenversicherungsnummer, die für die Zuordnung der Fälle zu den jeweiligen Patientinnen und Patienten erforderlich ist, ausgewertet. Die Zuordnung dieser Fälle war allerdings lediglich innerhalb eines Datenjahres möglich. Die Auswertung zeigt eine recht hohe Deckungsgleichheit. Das Verhältnis Fall zu Patient liegt bei 1,08 im Jahr 2018, bei 1,13 im Jahr 2019 und bei 1,12 im Jahr 2020.

Darüber hinaus ist von Interesse, inwieweit Patientinnen und Patienten mit StäB weitere psychiatrische Versorgungsangebote in Anspruch genommen haben. Um dieser Frage nachzugehen, wurden alle StäB-Fälle und alle voll- und teilstationären Fälle sowie die Behandlungsfälle der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) mit einer gültigen Krankenversicherungsnummer, die für die Zuordnung der Fälle erforderlich ist, innerhalb des jeweiligen Datenjahres ausgewertet. Die Auswertung ergab, dass über die drei Jahre relativ konstant durchschnittlich rund 60 % der StäB-Fälle in dem jeweiligen Jahr auch eine weitere psychiatrische Krankenhausbehandlung erhalten haben.

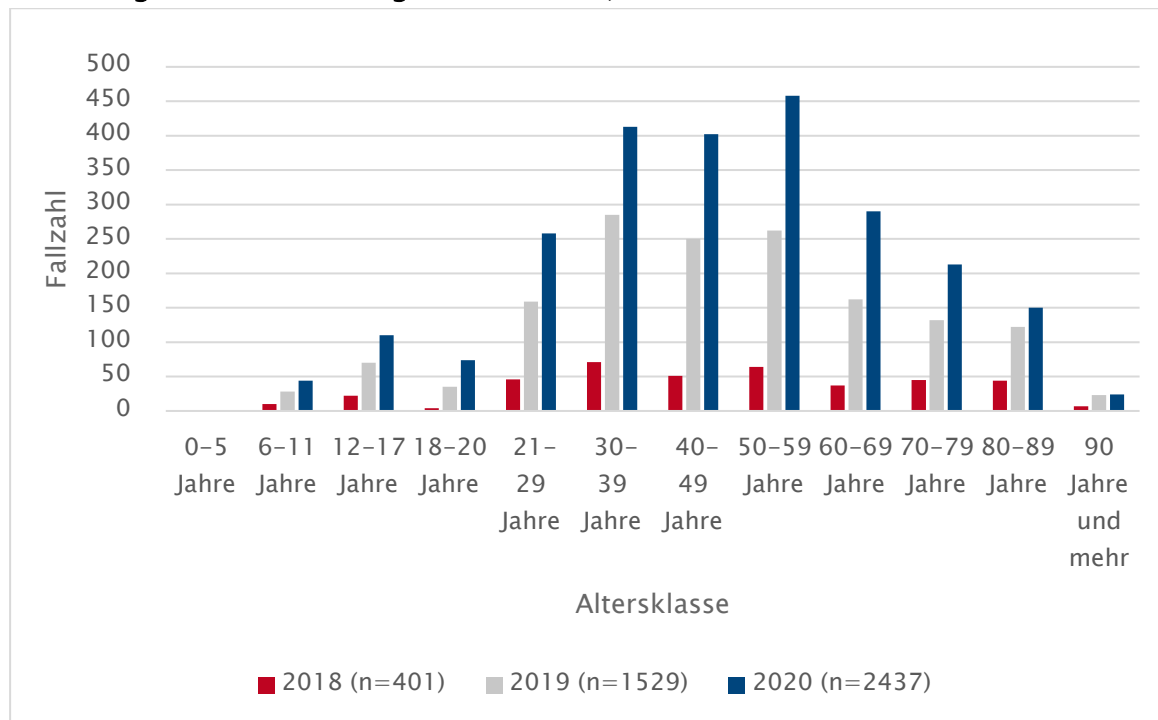
Hinsichtlich der Geschlechterverteilung der StäB-Fälle liegt in allen drei Datenjahren der Anteil an Frauen deutlich über dem Anteil an Männern. Männer machten rund 1/3 der Fälle und Frauen rund 2/3 der Fälle aus (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Geschlechterverteilung der StäB-Fälle, 2018–2020



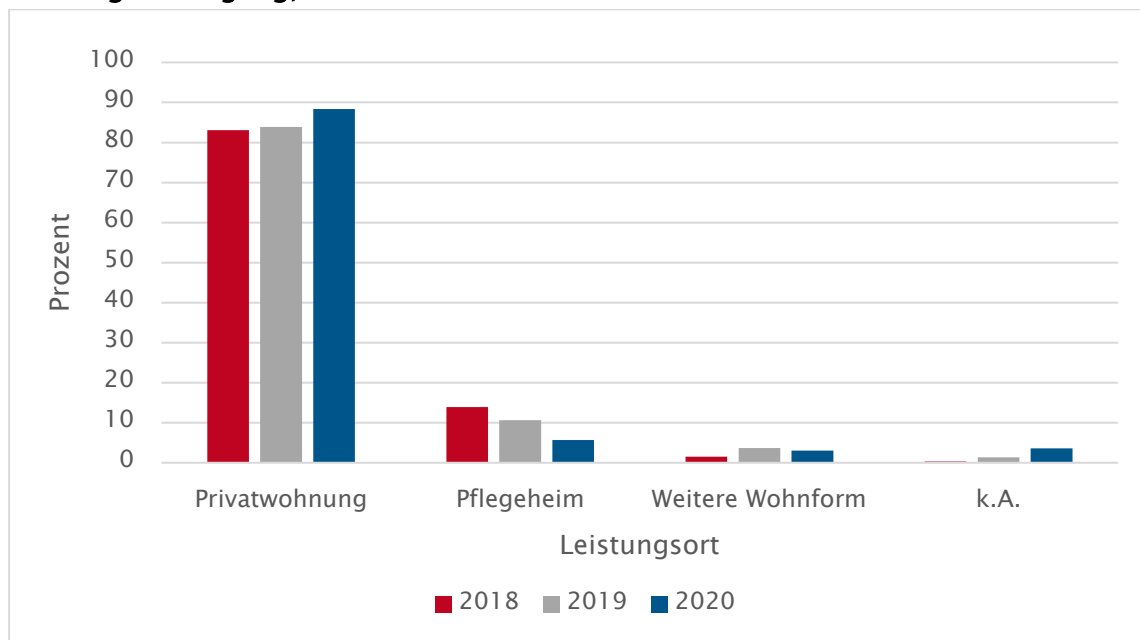
Hinsichtlich der Altersverteilung liegt der Altersgipfel zwischen 30 und 59 Jahren (vgl. Abbildung 4). Nennenswerte Unterschiede zwischen den Erfassungsjahren sind nicht ersichtlich.

Abbildung 4: Altersverteilung der StäB-Fälle, 2018–2020



Hinsichtlich des Ortes der Leistungserbringung wurden die kodierten Fachabteilungsschlüssel ausgewertet. Demnach wurde in allen drei Datenjahren die Mehrheit der Fälle in ihrer Privatwohnung behandelt (vgl. Abbildung 5). Die Behandlung im Pflegeheim hingegen nahm zwischen 2018 und 2020 ab. Dies liegt vermutlich an den Kontaktbeschränkungen aufgrund der Corona-Pandemie in den Pflegeheimen.

Abbildung 5: Prozentuale Verteilung der StäB-Fälle nach dem Ort der Leistungserbringung, 2018–2020



Zur Darstellung des Spektrums der psychischen Erkrankungen, die im Rahmen der StäB behandelt wurden, wurden die dokumentierten Hauptdiagnosen der StäB-Behandlungsfälle ausgewertet.

Die folgende Tabelle 5 gibt die anteilige Verteilung der Diagnosen in der Erwachsenenpsychiatrie auf die ICD-10 Unterklassen wieder.

Tabelle 5: Prozentuale Verteilung der StäB-Fälle auf die ICD-10-Unterklassen in der Erwachsenenpsychiatrie, 2018–2020

	2018	2019	2020
F00–F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	19,1 %	11,6 %	5,8 %
F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3,0 %	3,3 %	3,5 %
F20–F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	31,7 %	30,6 %	30,0 %
F30–F39 Affektive Störungen	28,5 %	36,1 %	42,2 %
F40–F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	11,0 %	11,2 %	10,9 %
F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0,5 %	1,3 %	0,5 %
F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	3,8 %	3,6 %	5,1 %
F70–F79 Intelligenzstörung	0,0 %	0,6 %	0,2 %
F80–F89 Entwicklungsstörungen	0,3 %	0,0 %	0,1 %
F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0,0 %	0,0 %	0,1 %
F99–F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Sonstige	2,2 %	1,5 %	1,6 %

Über alle Fälle hinweg ist aus den Daten ersichtlich, dass bei der Mehrzahl der Fälle Hauptdiagnosen aus den ICD-10-Unterklassen F20–F48 vorlagen. Während 2018 auch noch die ICD-Klasse F00–F09 (organische, einschließlich symptomatische psychische Störung) als häufige Diagnose bei den StäB-Fällen vorlag, hat die Anzahl an Fällen mit diesem Diagnosespektrum in der StäB abgenommen.

Für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt die folgende Tabelle 6 die anteilige Verteilung der Diagnosen auf die ICD-10 Unterklassen wieder.

Tabelle 6: Prozentuale Verteilung der StÄB-Fälle auf die ICD-10-Unterklassen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2018–2020

	2018	2019	2020
F00–F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	0,0 %	1,0 %	0,6 %
F20–F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	0,0 %	0,0 %	1,7 %
F30–F39 Affektive Störungen	13,8 %	17,5 %	26,1 %
F40–F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	17,2 %	22,3 %	20,0 %
F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	6,9 %	4,9 %	2,8 %
F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	0,0 %	1,0 %	2,2 %
F70–F79 Intelligenzstörung	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F80–F89 Entwicklungsstörungen	13,8 %	2,9 %	2,8 %
F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	48,3 %	50,5 %	43,9 %
F99–F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Sonstige	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Über alle Fälle hinweg ist aus den Daten ersichtlich, dass bei der Mehrzahl der Fälle Hauptdiagnosen aus den ICD-10-Unterklassen F30–F48 sowie F90–F98 vorlagen. Während 2018 auch noch die ICD-Klasse F80–89 (Entwicklungsstörungen) häufig vertreten war, hat die Anzahl der Fälle mit diesem Diagnosespektrum abgenommen. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie muss bei der Bewertung der Daten jedoch immer die geringe Fallzahl, insbesondere im Jahr 2018, berücksichtigt werden.

Neben der Zuordnung der Falldiagnosen zu den ICD-10 Unterklassen werden im Folgenden die fünf häufigsten Hauptdiagnosen, getrennt nach Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, in den Tabellen 7 und 8 wiedergegeben.

Tabelle 7: Die fünf häufigsten Hauptdiagnosen der StäB-Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie, 2018–2020

Nr.	2018	2019	2020
1.	F20.0 (13,4 %) Paranoide Schizophrenie	F20.0 (17,7 %) Paranoide Schizophrenie	F20.0 (16,6 %) Paranoide Schizophrenie
2.	F05.1 (12,6 %) Delir bei Demenz	F33.2 (14,0 %) rezidivierende depressive Störung	F33.2 (15,9 %) rezidivierende depressive Störung
3.	F33.2 (8,9 %) rezidivierende depressive Störung	F32.2 (6,8 %) Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	F32.2 (6,6 %) Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
4.	F25.1 (5,4 %) Schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv	F25.1 (4,1 %) Schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv	F25.1 (5,3 %) Schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv
5.	F25.2 (4,6 %) Gemischte schizoaffective Störung	F33.1 (4,1 %) Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	F33.1 (5,1 %) Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

In der Erwachsenenpsychiatrie werden mit den fünf häufigsten Diagnosen im Jahr 2018 44,9 %, (von 372) im Jahr 2019 46,6 % (von 1.426) und im Jahr 2020 49,4 % (von 2.257) der Hauptdiagnosen abgebildet. Somit wird annähernd die Hälfte der StäB-Fälle mit diesen Diagnosen erfasst. Für die Jahre 2019 und 2020 sind die fünf häufigsten Diagnosen gleich. Neben der paranoiden Schizophrenie wurden in der StäB vor allem Menschen mit rezidivierenden und/oder schweren Episoden von Depressionen behandelt.

Tabelle 8: Die fünf häufigsten Hauptdiagnosen der StäB-Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2018–2020

Nr.	2018	2019	2020
1.	F92.8 (17,2 %) Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	F32.1 (12,6 %) Mittelgradige depressive Episode	F32.1 (17,2 %) Mittelgradige depressive Episode
2.	F32.1 (13,8 %) Mittelgradige depressive Episode	F93.8 (8,7 %) Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	F93.8 (11,7 %) Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters
3.	F92.0 (10,3 %) Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	F92.8 (6,8 %) Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	F 90.1 (10,6 %) Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
4.	F43.2 (6,9 %) Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	F41.2 (6,8 %) Angst und depressive Störung, gemischt	F 33.1 (5,6 %) Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
5.	F84.1 (6,9 %) Atypischer Autismus	F43.1 (5,8 %) Posttraumatische Belastungsstörung	F 90.0 (5,0 %) Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden mit den fünf häufigsten Diagnosen im Jahr 2018 55,2 % (von 29), im Jahr 2019 40,8 % (von 103) und im Jahr 2020 50,0 % (von 180) der Hauptdiagnosen abgebildet. Somit wird gut die Hälfte der Fälle mit diesen Diagnosen erfasst. Bei Kindern und Jugendlichen umfasst das Diagnosespektrum ebenfalls bestimmte Depressionsstadien, Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen, Angststörungen sowie posttraumatische Belastungsstörungen.

2.3.3 Leistungsstruktur und Leistungsentwicklung der stationsäquivalenten Behandlungen

Die im Rahmen der StäB erbrachten Leistungen sind von den Krankenhäusern mit OPS-Kodes zu dokumentieren und diese mit den Abrechnungsdaten an die Krankenkassen zu übermitteln. Zur Darstellung der Leistungsstruktur der in den Jahren 2018 bis 2020 erbrachten stationsäquivalenten Behandlungen wurden die in den Daten nach § 21 KHEntgG enthaltenen OPS-Kodes ausgewertet. Die Erfassung der Leistungen durch den OPS erfolgt berufsgruppenbezogen und nach Behandlungszeiten (in Zeitklassen) sowie differenziert für Erwachsene (OPS 9–701 ff.) und Kinder und Jugendliche (OPS 9–801 ff.). Die Behandlungszeit bezieht sich auf die Therapiezeiten am Patienten. So werden beispielsweise Fahrzeiten nicht über den OPS erfasst. Innerhalb einer Berufsgruppe müssen mehrere Kontakte am selben Tag in einem OPS Kode zusammengefasst werden. Der OPS gibt zudem Struktur- und Mindestmerkmale vor. Auf Grund des Berufsgruppenbezuges sind auch mehrerer OPS-Kodes pro Behandlungstag möglich. In den Auswertungen wurden die im jeweiligen Jahr entlassenen Fälle berücksichtigt.

Die Berufsgruppensystematik und die Zeitklassen des OPS werden in den folgenden Tabellen 9 und 10 mit Ausweis der Anteile der angegebenen OPS-Kodes beispielhaft für das Jahr 2020 dargestellt.

Tabelle 9: Anzahl der OPS-Kodes nach Berufsgruppen und Zeitklassen, Erwachsene, 2020

	Ärzte		Psychologen		Spezialtherapeuten		Pflegefachpersonen	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Bis 30 Min./Tag	6.988	38,3 %	1.865	19,2 %	3.577	22,6 %	13.265	24,5 %
> 30 bis 60 Min./Tag	8.283	45,3 %	5.225	53,9 %	7.227	45,7 %	27.581	51,0 %
> 60 bis 90 Min./Tag	2.286	12,5 %	2.293	23,6 %	3.618	22,9 %	10.169	18,8 %
> 90 bis 120 Min./Tag	491	2,7 %	236	2,4 %	860	5,4 %	1.960	3,6 %
> 120 bis 180 Min./Tag	189	1,0 %	63	0,6 %	477	3,0 %	939	1,7 %
> 180 bis 240 Min./Tag	26	0,1 %	14	0,1 %	51	0,3 %	120	0,2 %
> 240 Min./Tag	6	0,0 %	3	0,0 %	12	0,1 %	38	0,1 %
Summe	18.269	100,0 %	9.699	100,0 %	15.822	100,0 %	54.072	100,0 %

Es ist zu erkennen, dass in der Erwachsenenpsychiatrie bei allen Berufsgruppen die Zeitklasse von 30 bis 60 Minuten am häufigsten vertreten ist. In den ersten drei Zeitklassen (bis 90 Minuten) werden rund 94 % bis 97 % der Behandlungskontakte eingeordnet. Längere Behandlungszeiten (mehr als 90 Minuten) pro Berufsgruppe wurden lediglich in rund 3 % bis 6 % der Behandlungskontakte dokumentiert.

Tabelle 10: OPS-Kodes nach Berufsgruppen und Zeitklassen, Kinder und Jugendliche, 2020

	Ärzte		Psychologen		Spezial- therapeuten		pp- Fachpersonen*	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Bis 30 Min./Tag	590	33,8 %	334	28,8 %	298	21,9 %	933	22,5 %
> 30 bis 60 Min./Tag	789	45,3 %	422	36,4 %	633	46,6 %	1.494	36,1 %
> 60 bis 90 Min./Tag	301	17,3 %	335	28,9 %	385	28,3 %	1.334	32,2 %
> 90 bis 120 Min./Tag	55	3,2 %	42	3,6 %	31	2,3 %	263	6,4 %
> 120 bis 180 Min./Tag	8	0,5 %	22	1,9 %	10	0,7 %	91	2,2 %
> 180 bis 240 Min./Tag	0	0,0 %	3	0,3 %	1	0,1 %	15	0,4 %
> 240 Min./Tag	0	0,0 %	1	0,1 %	1	0,1 %	8	0,2 %
Summe	1.743	100,0 %	1.159	100,0 %	1.359	100,0 %	4.138	100,0 %

*pädagogisch-pflegerische Fachpersonen

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ebenfalls bei allen Berufsgruppen die Zeitklasse von 30 bis 60 Minuten am häufigsten vertreten. In den ersten drei Zeitklassen (bis 90 Minuten) werden rund 91 % bis 96 % der Behandlungskontakte eingeordnet. Längere Behandlungszeiten (mehr als 90 Minuten) pro Berufsgruppen wurden in rund 4 % bis 9 % der Behandlungskontakte dokumentiert und sind somit geringfügig häufiger als bei Erwachsenen.

Die Anzahl und Verteilung der OPS-Kodes in den Jahren 2018 bis 2020 nach Berufsgruppen stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 11: OPS-Kodes nach Berufsgruppen, 2018–2020

		2018		2019		2020	
Erwachsene	Arzt/Ärztin	1.968	17,1 %	11.030	19,4 %	18.269	18,7 %
	Psychologe/in	793	6,9 %	4.613	8,1 %	9.699	9,9 %
	Spezialtherapeuten/in	1.601	13,9 %	9.984	17,6 %	15.822	16,2 %
	Pflegefachpersonen	7.150	62,1 %	31.094	54,8 %	54.072	55,3 %
	Summe alle Berufsgruppen	11.512	100,0 %	56.721	100,0 %	97.862	100,0 %
Kinder- und Jugendliche	Arzt/Ärztin	207	20,5 %	1.000	26,6 %	1.743	20,8 %
	Psychologe/in	151	15,0 %	445	11,8 %	1.159	13,8 %
	Spezialtherapeuten/in	323	32,0 %	771	20,5 %	1.359	16,2 %
	pädagogisch-pflegerische Fachpersonen	328	32,5 %	1.545	41,1 %	4.138	49,3 %
	Summe alle Berufsgruppen	1.009	100,0 %	3.761	100,0 %	8.399	100,0 %

Die Anzahl und Verteilung der OPS-Kodes nach Berufsgruppen zeigt, dass Pflegefachpersonen bei Erwachsenen mit 55 % bis 62 % und bei Kindern und Jugendlichen pädagogisch-pflegerische Fachpersonen mit 33 % bis 49 % mit Abstand am häufigsten an der StäB beteiligt waren. Am zweithäufigsten waren Ärztinnen und Ärzte, gefolgt von Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten und Psychologinnen und Psychologen, beteiligt.

Die Anzahl und Verteilung der OPS-Kodes in den Jahren 2018 bis 2020 nach Zeitklassen und berufsgruppenübergreifend stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 12: OPS-Kodes nach Zeitklassen, 2018–2020

		2018		2019		2020	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Erwachsene	Bis 30 Min./Tag	3.218	28,0 %	17.353	30,6 %	25.695	26,3 %
	> 30 bis 60 Min./Tag	5.387	46,8 %	26.854	47,3 %	48.316	49,4 %
	> 60 bis 90 Min./Tag	2.075	18,0 %	9.015	15,9 %	18.366	18,8 %
	> 90 bis 120 Min./Tag	487	4,2 %	2.161	3,8 %	3.547	3,6 %
	> 120 bis 180 Min./Tag	274	2,4 %	1.044	1,8 %	1.668	1,7 %
	> 180 bis 240 Min./Tag	55	0,5 %	171	0,3 %	211	0,2 %
	> 240 Min./Tag	16	0,1 %	123	0,2 %	59	0,1 %
	Summe	11.512	100,0 %	56.721	100,0 %	97.862	100,0 %
Kinder- und Jugendliche	Bis 30 Min./Tag	158	15,7 %	880	23,4 %	2.155	25,7 %
	> 30 bis 60 Min./Tag	324	32,1 %	1.584	42,1 %	3.338	39,7 %
	> 60 bis 90 Min./Tag	340	33,7 %	973	25,9 %	2.355	28,0 %
	> 90 bis 120 Min./Tag	118	11,7 %	201	5,3 %	391	4,7 %
	> 120 bis 180 Min./Tag	59	5,8 %	68	1,8 %	131	1,6 %
	> 180 bis 240 Min./Tag	9	0,9 %	13	0,3 %	19	0,2 %
	> 240 Min./Tag	1	0,1 %	42	1,1 %	10	0,1 %
	Summe	1.009	100,0 %	3.761	100,0 %	8.399	100,0 %

Die Anzahl und Verteilung der OPS-Kodes nach Zeitklassen zeigt auch in den Jahren 2018 und 2019, dass wie in Tabellen 9 und 10 für das Jahr 2020 erkennbar, sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die ersten drei Zeitklassen am häufigsten vertreten sind.

Ein Merkmal der StäB ist die Multiprofessionalität des Behandlungsteams. Insofern wurde untersucht, welche Berufsgruppen während der gesamten Behandlung an einem StäB-Behandlungsfall beteiligt waren. Die folgende Tabelle 13 stellt differenziert für Erwachsene sowie Kinder- und Jugendliche über alle Fälle hinweg die Verteilung der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen dar.

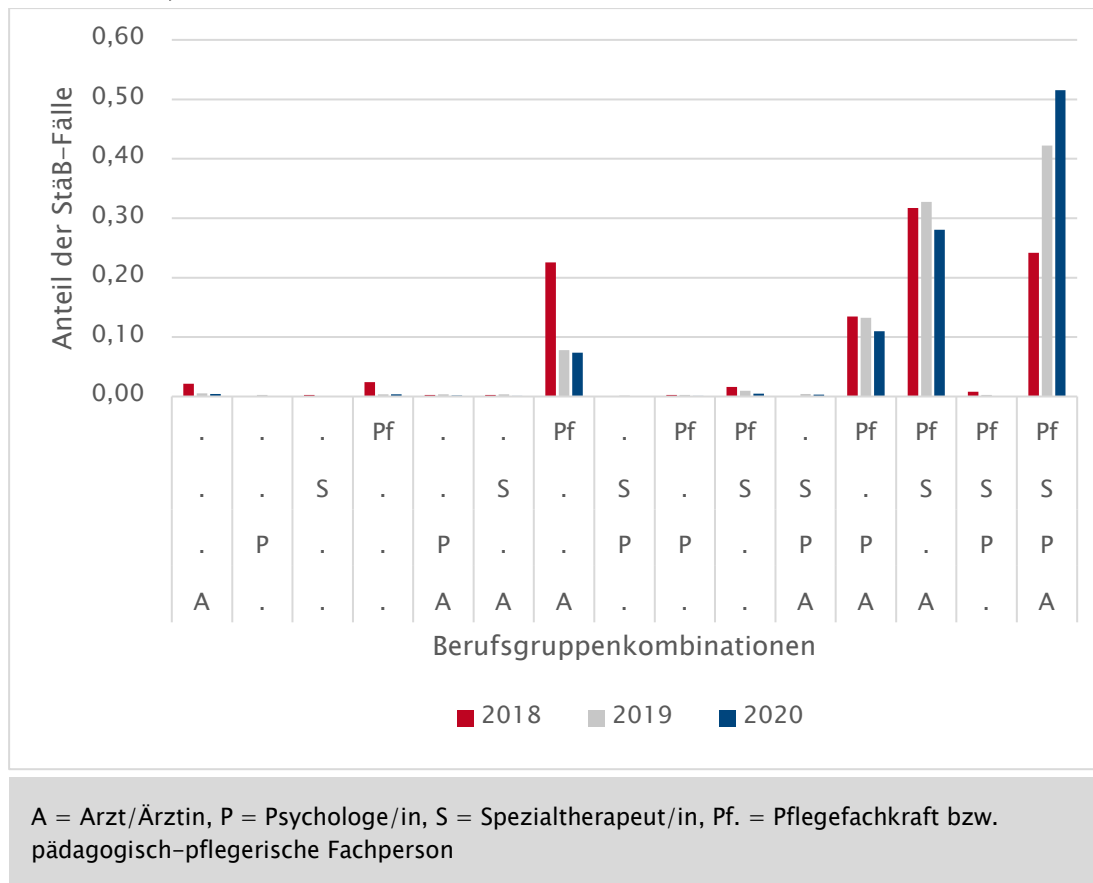
Tabelle 13: Verteilung der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen, 2018–2020

		2018	2019	2020
		Anteil	Anteil	Anteil
Erwachsene	Behandlung durch eine Berufsgruppe	4,8 %	1,2 %	0,8 %
	Behandlung durch 2 Berufsgruppen	25,0 %	9,9 %	8,2 %
	Behandlung durch 3 Berufsgruppen	46,0 %	46,7 %	39,4 %
	Behandlung durch 4 Berufsgruppen	24,2 %	42,2 %	51,5 %
Kinder- und Jugendliche	Behandlung durch eine Berufsgruppe	0,0 %	1,0 %	0,6 %
	Behandlung durch 2 Berufsgruppen	3,4 %	13,6 %	5,6 %
	Behandlung durch 3 Berufsgruppen	41,4 %	15,5 %	18,9 %
	Behandlung durch 4 Berufsgruppen	55,2 %	69,9 %	75,0 %

Ersichtlich wird, dass über die Zeit die Zahl der beteiligten Berufsgruppen anstieg. Zudem lässt sich erkennen, dass sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Kindern und Jugendlichen weit überwiegend drei bis vier Berufsgruppen an der Behandlung eines StäB-Falles beteiligt waren. Darüber hinaus ist erkennbar, dass bei den Kindern und Jugendlichen der Anteil der Behandlungsfälle mit Beteiligung aller vier Berufsgruppen mit Abstand am höchsten ist.

Die folgende Abbildung 6 zeigt die differenzierte Darstellung der Berufsgruppen-Kombinationen für die Bereiche Erwachsenenpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Abbildung 6: Berufsgruppen-Kombinationen über alle erbrachten StäB-Fälle, Erwachsene, 2018–2020



Die Abbildung 7 zeigt, dass ab dem Jahr 2019 am häufigsten alle vier Berufsgruppen an der Behandlung beteiligt waren. In der zweithäufigsten Kombination sind Ärztinnen und Ärzte, Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen und in der dritthäufigsten Kombination Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen und Pflegefachpersonen vertreten. Die vierthäufigste Kombination wird aus den beiden Berufsgruppen Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachpersonen gebildet. Die weiteren Kombinationen zweier Berufsgruppen sind dagegen wenig vertreten. Es sind jedoch, wenn auch wenige, Behandlungsfälle mit Beteiligung von nur einer Berufsgruppe festzustellen.

Darüber hinaus erfolgte eine Auswertung der durchschnittlichen Behandlungszeit pro Behandlungsfall deren Ergebnisse in der folgenden Tabelle 14 dargestellt sind.

Tabelle 14: Durchschnittliche Behandlungszeiten in Minuten pro Behandlungsfall, 2018–2020

		2018	2019	2020
Erwachsene	Arzt/Ärztin	223 Min.	326 Min.	329 Min.
	Pflegefachpersonen	959 Min.	1.036 Min.	1.157 Min.
	Psychologe/in	253 Min.	258 Min.	332 Min.
	Spezialtherapeut/in	377 Min.	445 Min.	454 Min.
	Gesamt	1.462 Min.	1.824 Min.	2.045 Min.
Kinder- und Jugendliche	Arzt/Ärztin	430 Min.	480 Min.	411 Min.
	pädagogisch-pflegerische Fachpersonen	797 Min.	888 Min.	1.274 Min.
	Psychologe/in	535 Min.	381 Min.	401 Min.
	Spezialtherapeut/in	802 Min.	421 Min.	419 Min.
	Gesamt	2.269 Min.	1.981 Min.	2.371 Min.

Bei Erwachsenen betrug die durchschnittliche Behandlungszeit pro Behandlungsfall in den Jahren 2018 bis 2020 1.462 Minuten (24 Stunden) bis 2.045 Minuten (34 Stunden), wobei der höchste Zeitaufwand deutlich mit 959 Minuten (16 Stunden) bis 1.157 Minuten (19 Stunden) auf die Pflegefachpersonen entfällt. Bei Kindern und Jugendlichen schwankte die Behandlungszeit pro Behandlungsfall in den Jahren 2018 bis 2020 zwischen 2.269 Minuten (33 Stunden) und 2.371 Minuten (40 Stunden), wobei auch hier der höchste Zeitaufwand deutlich mit 797 Minuten (13 Stunden) bis 1.274 Minuten (21 Stunden) auf die pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen entfällt. Zudem lässt sich feststellen, dass der Zeitaufwand bei Kindern und Jugendlichen in allen drei Jahren höher war als bei Erwachsenen. Als Indikator für die Behandlungsintensität ist die fallbezogene Behandlungszeit jedoch wenig aussagekräftig, da die Behandlungsdauer, das heißt die Anzahl der Behandlungstage, der Fälle hier nicht berücksichtigt wird.

Zur Darstellung der Behandlungsintensität wurde daher untersucht, wie häufig die jeweilige Berufsgruppe an der gesamten Behandlung beteiligt war, wieviel Zeit ein Behandler der jeweiligen Berufsgruppe an diesen berufsgruppenspezifischen Tagen bei einem StäB-Fall war und wieviel Behandlungszeit ein StäB-Fall berufsgruppenübergreifend pro Behandlungstag erhalten hat.

Um zu ermitteln, wie häufig die jeweilige Berufsgruppe an der gesamten Behandlung beteiligt war, wurde für jeden Behandlungsfall das Verhältnis der Anzahl der Behandlungstage der jeweiligen Berufsgruppe zur Gesamtzahl der Behandlungstage je Fall ermittelt und anschließend der Mittelwert über alle Behandlungsfälle berechnet. Die folgende Tabelle (Tabelle 15) bildet die Ergebnisse differenziert für die Bereiche Erwachsenenpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie ab.

Tabelle 15: Durchschnittlicher Anteil der berufsgruppenspezifischen Behandlungstage an den Gesamtbehandlungstagen, 2018–2020

		2018	2019	2020
Erwachsene	Arzt/Ärztin	29,86 %	28,99 %	28,21 %
	Psychologe/in	21,35 %	19,81 %	19,79 %
	Spezialtherapeuten/in	27,67 %	25,59 %	25,41 %
	Pflegfachpersonen	78,52 %	70,46 %	71,82 %
Kinder- und Jugendliche	Arzt/Ärztin	30,21 %	31,39 %	27,83 %
	Psychologe/in	28,23 %	20,10 %	20,83 %
	Spezialtherapeuten/in	39,33 %	27,53 %	20,58 %
	pädagogisch-pflegerische Fachpersonen	44,63 %	49,08 %	59,80 %

Es ist erkennbar, dass bei den Erwachsenen in allen drei Jahren der höchste, fallbezogene Anteil der Kontakte mit 70 % bis 78 % auf die Pflegefachpersonen entfällt. Der zweithöchste Anteil ergibt sich mit 28 % bis 30 % bei den Kontakten durch Ärzte. Bei den Kindern und Jugendlichen zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Auch hier stellt die Berufsgruppe der pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen die häufigste an der Behandlung beteiligte Berufsgruppe, gefolgt von der Berufsgruppe der Ärzte, dar.

Als weiterer Indikator der Behandlungsintensität wurde die Behandlungszeit der jeweiligen Berufsgruppe pro berufsgruppenspezifischen Behandlungstag untersucht. Als Minutenwert wurden hierzu die Mittelwerte der OPS-Zeitklassen verwendet (z. B. 15 Minuten für den OPS „bis 30 Minuten“) und für den nach oben offenen OPS „mehr als 240 Minuten“ wurde ein Wert von 300 Minuten angenommen. Somit geben die Ergebnisse die tatsächlichen Behandlungszeiten zwar nicht minutengenau aber näherungsweise wieder.

Mit diesen Zeitwerten wurde die durchschnittliche Behandlungszeit der Berufsgruppen an einem Behandlungstag der jeweiligen Berufsgruppe ermittelt und in der folgenden Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Durchschnittliche Behandlungszeit in Minuten pro berufsgruppenspezifischen Behandlungstag, 2018–2020

		2018	2019	2020
Erwachsene	Arzt/Ärztin	54 Min.	49 Min.	51 Min.
	Pflegefachpersonen	56 Min.	54 Min.	56 Min.
	Psychologe/in	58 Min.	51 Min.	53 Min.
	Spezialtherapeuten/in	58 Min.	57 Min.	62 Min.
Kinder- und Jugendliche	Arzt/Ärztin	81 Min.	60 Min.	49 Min.
	pädagogisch-pflegerische Fachpersonen	30 Min.	76 Min.	62 Min.
	Psychologe/in	71 Min.	84 Min.	59 Min.
	Spezialtherapeuten/in	75 Min.	62 Min.	58 Min.

Die Behandlungszeiten einer Berufsgruppe an einem berufsgruppenspezifischen Behandlungstag unterscheiden sich in der Erwachsenenpsychiatrie im Jahr 2020 mit 51 bis 62 Minuten wenig. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie lag die Behandlungszeit durch Ärzte pro berufsgruppenspezifischen Behandlungstag im Jahr 2020 bei durchschnittlich 49 Minuten und die Behandlungszeit durch pädagogisch-pflegerische Fachpersonen bei 62 Minuten.

Als weiterer Indikator für die Behandlungsintensität wurde die durchschnittliche berufsgruppenübergreifende Behandlungszeit pro Behandlungstag ermittelt (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Durchschnittliche Behandlungszeit in Minuten pro Behandlungstag über alle Berufsgruppen, 2018–2020

	2018	2019	2020
Erwachsenenpsychiatrie	62 Min.	59 Min.	64 Min.
Kinder- und Jugendpsychiatrie	87 Min.	72 Min.	62 Min.

Aggregiert über alle Berufsgruppen hinweg zeigt sich, dass in den drei Jahren ein Behandlungsfall in der Erwachsenenpsychiatrie pro Behandlungstag 59 bis 64 Minuten bzw. relativ konstant rund eine Stunde Behandlung erhalten hat. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Behandlungszeit pro Tag von 87 auf 62 Minuten gesunken und betrug im Jahr 2020 ebenfalls rund eine Stunde.

2.3.4 Erlöse für die stationsäquivalente Behandlung

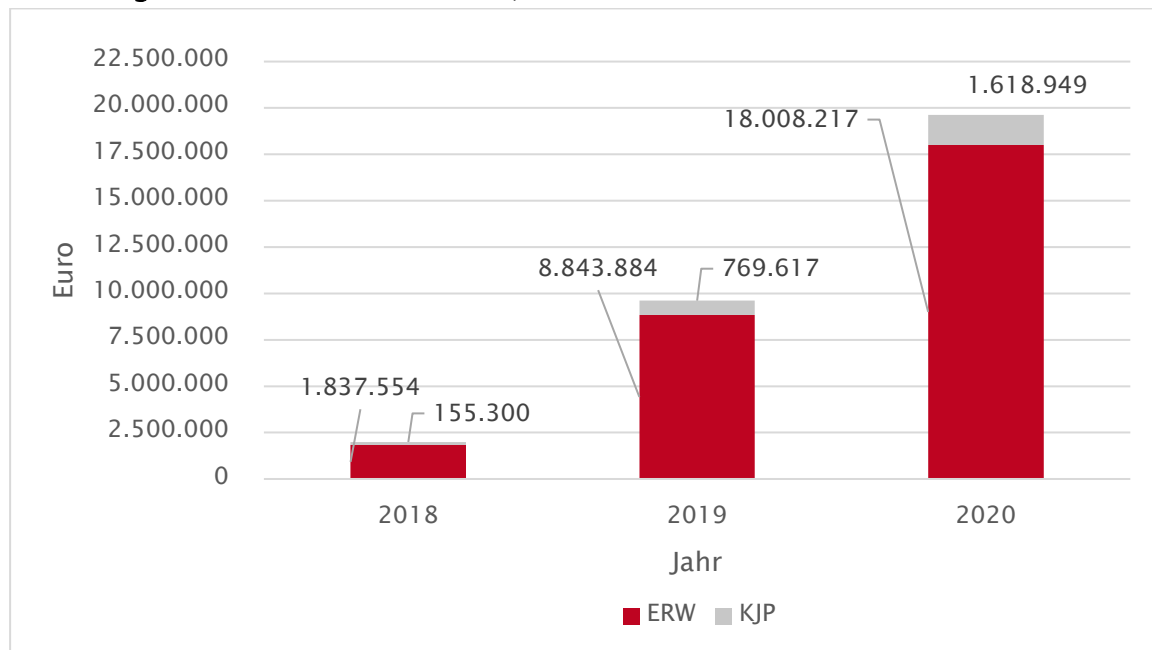
Für stationsäquivalente Leistungen sind krankenhausesindividuelle Entgelte gemäß § 6 Absatz 1 Satz 1 BpflV zu vereinbaren, sofern keine bewerteten Entgelte auf Bundesebene bestehen. Die Vertragsparteien auf Ortsebene können auf dieser Grundlage fallbezogene, tagesbezogene oder zeitraumbezogene Entgelte vereinbaren. Sofern noch keine krankenhausesindividuelle Entgelthöhe im Rahmen der Budgetvereinbarung vereinbart worden ist, kann das Krankenhaus gemäß PEPPV einen Ersatzbetrag in Höhe von 200 Euro pro Berechnungstag in Rechnung stellen.

Für eine Einschätzung der finanziellen Auswirkungen der StäB wurden die Abrechnungsbeträge der § 21-Daten für die Datenjahre 2018 bis 2020 analysiert. Diese Beträge bilden nicht die tatsächliche realisierte Vergütung der Krankenhäuser ab, da bei Abrechnung des Ersatzbetrages die Differenz nach der Vereinbarung des krankenhausesindividuellen Entgeltes auszugleichen ist oder der Rechnungsbetrag nach Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen korrigiert wird. Aus diesen Gründen sind die Ergebnisse nicht deckungsgleich mit den unter 2.4 ausgewiesenen endgültigen Rechnungsergebnissen der gesetzlichen Krankenkassen (KJ1-Statistik). Zudem sind in der KJ1-Statistik nicht die privatversicherten Patienten enthalten. Dennoch können aus

den Abrechnungsbeträgen im Sinne von Näherungswerten Eckdaten für die Erlösentwicklung der Krankenhäuser abgeleitet werden.

Die folgende Abbildung gibt die Ergebnisse der Auswertung der Erlössummen für StäB wieder (Abbildung 8).

Abbildung 8: Summe der StäB-Erlöse, 2018–2020



Die Erlössumme ist insgesamt von rund 2 Mio. Euro im Jahr 2018 auf rund 20 Mio. Euro in 2020 gestiegen. Dies ist, wie die Zunahme der Anzahl der Krankenhäuser und der Berechnungstage zeigt, insbesondere auf den Aufbau der StäB zurückzuführen.

Die durchschnittlichen Erlöse pro Fall und pro Berechnungstag (mit Ausnahme 2019) sind sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie über die drei Jahre angestiegen (vgl. Tabelle 18). Inwieweit dies z. B. durch neu hinzugekommene Krankenhäuser, Veränderungen der Behandlungsintensität oder einer Zunahme der krankenhausespezifischen Entgeltvereinbarungen bedingt ist, lässt sich aus den Zahlen nicht erkennen. Eine Analyse der abgerechneten Entgeltbeträge weist lediglich darauf hin, dass der Anteil der Krankenhäuser, die den Ersatzbetrag von 200 Euro pro Tag abgerechnet haben, von rund 67 % in 2018 auf rund 33 % in 2020 gesunken ist.

Tabelle 18: Durchschnittliche StäB-Erlöse, 2018–2020

		2018	2019	2020
Mittelwert StäB-Erlöse je Fall				
	Erwachsenenpsychiatrie	4.979,82 Euro	6.413,26 Euro	8.025,05 Euro
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	5.355,17 Euro	7.472,01 Euro	8.994,16 Euro
Mittelwert StäB-Erlöse je Berechnungstag				
	Erwachsenenpsychiatrie	279,20 Euro	211,08 Euro	245,22 Euro
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	189,68 Euro	245,14 Euro	251,25 Euro

Ergänzend wurde auch eine Auswertung bezüglich der Erlösarten vorgenommen. Die Auswertung erfolgte anhand der fallbezogen kodierten Entgeltschlüssel. In allen drei Jahren wurden von den Vertragsparteien sowohl im Erwachsenenbereich als auch im Kinder- und Jugendbereich primär tagesbezogene Entgelte vereinbart (vgl. Abbildungen 9 und 10).

Abbildung 9: Verteilung der StäB-Erlöse nach Erlösarten für den Bereich Erwachsenenpsychiatrie, 2018–2020

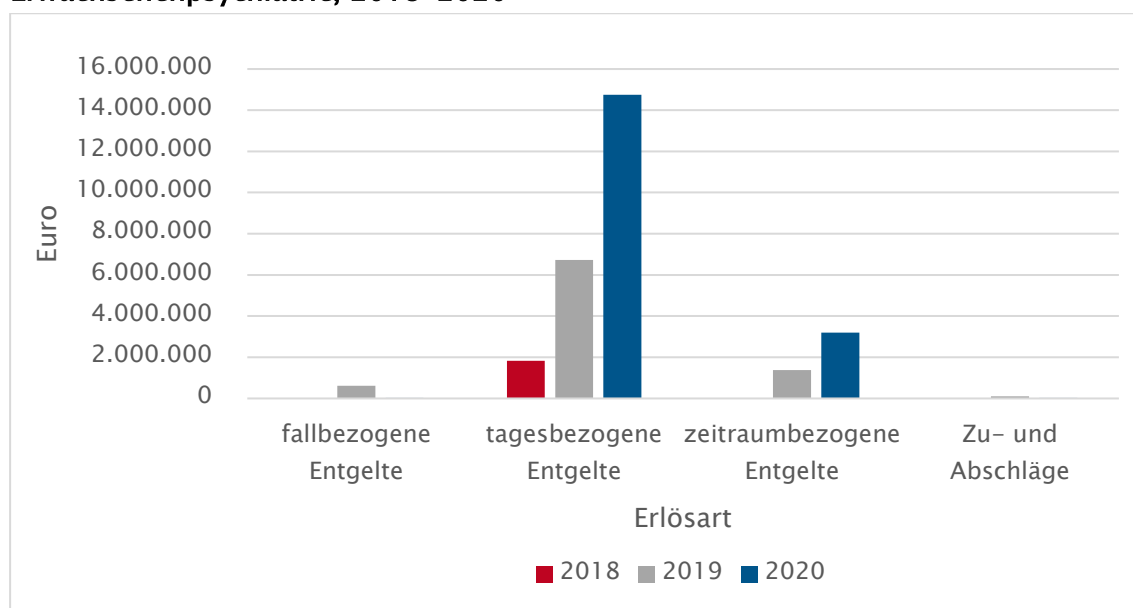
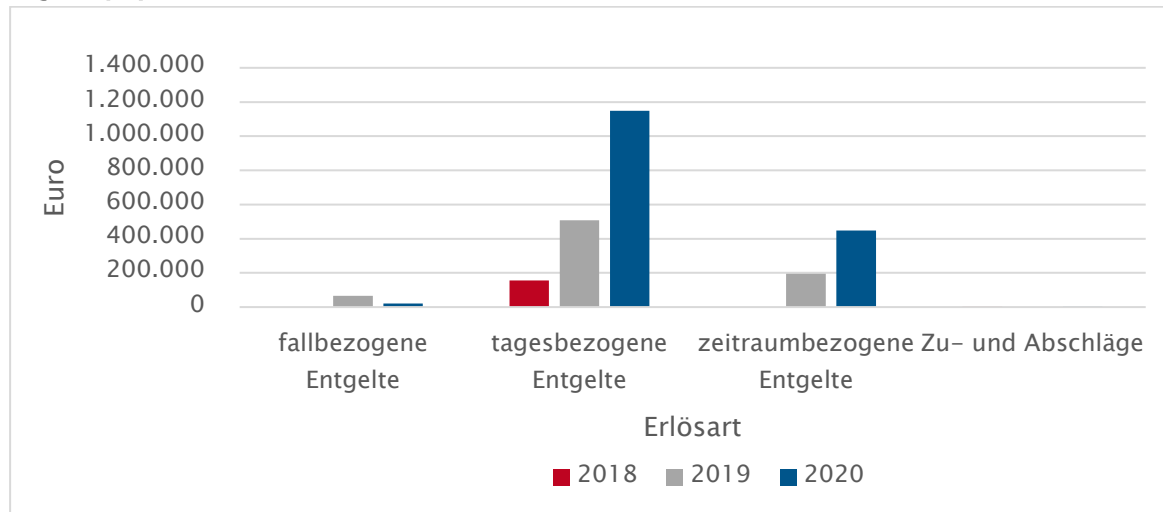


Abbildung 10: Verteilung der StäB-Erlöse nach Erlösarten für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2018–2020



Bei der Interpretation der Auswertungsergebnisse zu den Erlösarten ist zu berücksichtigen, dass die Zuordnung der Leistung(en) zu den genannten Entgeltarten gemäß § 6 Absatz 1 BPfIV im Rahmen der krankenhausesindividuellen Vereinbarung der Entgelte nicht eindeutig definiert ist. Die Daten zeigen, dass als fallbezogene Entgelte keine Fallpauschalen, sondern im eigentlichen Sinne Tagessätze abgerechnet wurden. Den zeitraumbezogenen Entgelten wurden die auf Grundlage der OPS-Systematik (nach Zeitklassen und Berufsgruppen) vereinbarten Entgelte zugeordnet. Zudem sind hier auch Entgelte für Fahrzeiten enthalten.

2.4 Kostendaten der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die jährlichen Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung für die StäB können den endgültigen Rechnungsergebnissen (KJ1-Statistik) entnommen werden. Die Tabelle 19 zeigt in einem Auszug aus dieser Statistik die Kosten für die StäB für die Jahre 2018 bis 2020. Zur Einordnung in die Gesamtkosten für die psychiatrischen Krankenhausbehandlungen wurden weitere relevante Ausgabenpositionen in die Darstellung mit aufgenommen.

Es zeigt sich, dass die Kosten für die StäB von 2,5 Mio. Euro im Jahr 2018 auf 18,4 Mio. Euro im Jahr 2020 ansteigen. Betrachtet man den Anteil der Kosten für die StäB an allen Kosten für die psychiatrische Krankenhausbehandlung steigt dieser im betrachteten Zeitraum von 0,03 % auf 0,22 %.

Tabelle 19: Übersicht Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für die psychiatrische Krankenhausbehandlung

Ausgabenpositionen	2018 in Mio. Euro	2019 in Mio. Euro	2020 in Mio. Euro
stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (04670)	2,5	8,2	18,4
stationäre psychiatrische Behandlung (04603)	7.577,7	7.991,3	7.333,8
Vor- und nachstationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung (04613)	12,0	12,2	10,6
Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V (05440)	667,7	689,7	712,6

Quelle: Finanzergebnisse der GKV für die Jahre 2018, 2019 und 2020, veröffentlicht auf der Internetseite des BMG

2.5 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung in den Krankenhausplänen der Bundesländer

Die Rahmenbedingungen ermöglichen eine StäB seit dem 01.01.2018. Die Gesetzesbegründung zur Anpassung des § 39 Absatz 1 SGB V aus dem PsychVVG führt aus: „(...) 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. (...)“.

Im Rahmen der Krankenhausplanung der Bundesländer wird sehr unterschiedlich mit der optionalen Möglichkeit psychiatrischer Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung, StäB anzubieten und umzusetzen, umgegangen. Mehr als die Hälfte der Bundesländer erwähnen in ihren Krankenhausplänen die StäB. Dies erfolgt zumeist ohne nähere Ausführungen. Bei einer Nichterwähnung ist zu beachten, dass einige Pläne, bereits vor Inkrafttreten der Regelungen zur StäB beschlossen wurden (z. B. Thüringen und Schleswig-Holstein). Für Schleswig-Holstein ist zudem zu berücksichtigen, dass ein großer Teil der psychiatrischen Kliniken die Versorgung in

ihren Regionen im Rahmen eines Modellprojektes gemäß § 64b SGB V erbringen. Dies umfasst in allen Fällen ein Hometreatment-Angebot als weitere sehr ähnliche Form der aufsuchenden psychiatrischen Behandlung im Lebensumfeld der Menschen.

Tabelle 20: StäB in den Krankenhausplänen der Bundesländer

Bundesland	Erwähnung der StäB im Krankenhausplan
Baden-Württemberg	nein
Bayern	ja
Berlin	ja
Brandenburg	ja
Bremen	ja
Hamburg	ja
Hessen	nein
Mecklenburg-Vorpommern	ja
Niedersachsen	nein
Nordrhein-Westfalen	ja
Rheinland-Pfalz	ja
Saarland	nein
Sachsen	ja
Sachsen-Anhalt	nein
Schleswig-Holstein	nein
Thüringen	nein

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der mit Stand des Abrufs aktuell gültigen, veröffentlichten Krankenhauspläne der Bundesländer (Abruf: November 2021)

3. Fazit

3.1 Bewertung der DKG

Die Aufnahme der StäB als weitere Form der Krankenhausbehandlung in das SGB V resultiert aus langjährigen und internationalen Erfahrungen zur Wirksamkeit aufsuchender Behandlungsangebote im Lebensumfeld psychisch erkrankter Menschen durch mobile Behandlungsteams. Die StäB stellt somit eine wichtige Ergänzung bestehender Versorgungsformen und eine sinnvolle Weiterentwicklung zur Umsetzung einer leitliniengerechten Versorgung¹ psychisch erkrankter Menschen dar. Die DKG begrüßt daher ausdrücklich die Initiative des Gesetzgebers, diese neue Behandlungsform zu etablieren. Grundsätzlich ist zu bedenken, dass für die flächendeckende Umsetzung einer neuen Behandlungsform viele Jahre erforderlich sind.

Für den vorliegenden Bericht ist die begrenzte Aussagekraft der Ergebnisse zu berücksichtigen. Zum Beispiel sind die sehr hohen Implementierungsaufwände und Überwindung von Hindernissen für eine Umsetzung der StäB nicht aus den Abrechnungsdaten ableitbar. Zudem ist der weitere Aufbau von Versorgungsangeboten durch die Corona-Pandemie gebremst worden. Demnach kann der vorliegende Bericht lediglich erste Einblicke in den Entwicklungszustand der Umsetzung von StäB bieten. Gleichwohl weisen die Daten auf eine erfolgreiche Einführung und Annahme der Versorgungsform hin.

Aktuelle Versorgungssituation

In den ersten drei Jahren der StäB-Einführung hat die Anzahl der StäB-Krankenhäuser deutlich zugenommen. Hierbei sind noch regionale Unterschiede der Implementierung festzustellen. Im Vergleich der durchschnittlichen Bettenanzahl mit den vollstationären Fallzahlen der Krankenhäuser mit und ohne StäB ist zu beobachten, dass überwiegend „größere“ Krankenhäuser eine StäB durchführen. Dies könnte daran liegen, dass diese Häuser eher die organisatorischen Anforderungen erfüllen und die erforderlichen Kapazitäten bereitstellen können.

¹ S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Stand 02.10.2018. Seiten 113–128.
URL: [038-0201_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf](https://www.awmf.org/Dateien/Dateien/038-0201_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf) (awmf.org),
Abruf am 10.12.2021

Die Anzahl der StäB-Fälle hat über die Jahre deutlich zugenommen. Derzeit machen die StäB-Fälle circa 0,3 % aller vollstationären psychiatrischen Fälle aus. Die durchschnittliche Anzahl der StäB-Fälle pro Krankenhausstandort ist vermutlich aufgrund der besonderen Anforderungen und organisatorischen Voraussetzungen relativ gering. Gut dreiviertel der Krankenhausstandorte haben weniger als 100 Fälle pro Jahr behandelt. Dies weist darauf hin, dass die Kapazitäten der einzelnen Krankenhäuser, mehrere Patientinnen und Patienten gleichzeitig mit StäB zu behandeln, begrenzt sind.

Die regionale Versorgungssituation in den Ländern stellt sich sehr unterschiedlich dar. Die Verankerung der StäB in bereits mehr als der Hälfte der Krankenhauspläne zeigt jedoch, dass die Länder die Thematik bereits aufgenommen haben, um den weiteren Aufbau von StäB-Angeboten zu unterstützen.

Patientenstruktur und Behandlungsaufwand

Bemerkenswert ist, dass doppelt so viele Frauen wie Männer mit der StäB versorgt werden. Die Gründe hierfür sind aus den Abrechnungsdaten allerdings nicht erkennbar. Denkbar ist, dass StäB gerade bei Frauen, die möglicherweise größere Schwierigkeiten einer Abwesenheit von zu Hause bei einem stationären Aufenthalt empfinden oder haben, eine Versorgungslücke geschlossen werden könnte. Mit leichter Zunahme fanden zuletzt rund 90 % der StäB im häuslichen Umfeld (Privatwohnung) statt, während der Anteil in den Pflegeheimen mit rund 10 % eher abnimmt. Anhand der Auswertung besteht ein relativ konstanter Anteil von 60 % der StäB-Fälle, die innerhalb eines Auswertungsjahres eine weitere Krankenhausbehandlung erhalten haben. Dies zeigt zum einen, dass die StäB ergänzend zu den bestehenden Versorgungsformen und flexibel genutzt wird. Zum anderen zeigt sich, dass für rund 40 % der StäB-Fälle keine Behandlung in weiteren Versorgungsformen der Krankenhäuser erforderlich war.

Mit der OPS-Systematik wird ein hohes Maß an Transparenz über den Behandlungsaufwand geschaffen, ohne dass eine kleinteilige Erfassung einzelner Leistungen erforderlich ist. Problematisch sind dagegen die umfangreichen im OPS vorgegebenen Strukturanforderungen, die den Aufbau von StäB erschweren und nach Auskunft der Krankenhäuser im Rahmen der Rechnungsprüfungen zu hohem bürokratischen Aufwand führen. In den OPS-Auswertungen ist der multiprofessionelle Behandlungsansatz von StäB gut daran zu erkennen, dass überwiegend alle vier Berufsgruppen an der Behandlung eines Falles beteiligt sind. Auch die Anteile der

Berufsgruppen spiegeln die Aufgabenverteilung innerhalb der Behandlungsteams wider. Die durchschnittliche direkt am Patienten erbrachte Behandlungszeit liegt bei rund 34 Stunden pro Behandlungsfall und rund 1 Stunde pro Behandlungstag und zeigt somit eine hohe Behandlungsintensität und den hohen Personalaufwand für die 1:1 Behandlung der Patientinnen und Patienten. Zudem ist der mit dem OPS nicht erfasste Zeitaufwand wie z. B. für An- und Abfahrt, Fallbesprechungen und administrative Aufgaben bei der Bewertung des Personalaufwandes zu berücksichtigen.

Finanzielle Auswirkungen und Vergütung/Entgeltvereinbarungen

Zur Beschreibung der finanziellen Auswirkungen werden in dem Bericht die Erlösentwicklung der Krankenhäuser sowie die Kostenstatistik der gesetzlichen Krankenkassen dargestellt. Es ist nicht überraschend, dass in der Phase des Aufbaus dieser neuen Versorgungsform auch Kostensteigerungen zu verzeichnen sind. Der Anteil der Ausgaben für StäB an den Gesamtausgaben für die psychiatrische Behandlung durch Krankenhäuser betrug auch im Jahr 2020 lediglich rund 0,2 %. Die Ausgabenentwicklung wird sicherlich dem weiteren Aufbau der Versorgungsangebote folgen. Ergänzend zur Erlösentwicklung sind aus den Abrechnungsdaten auch Hinweise auf die Entgeltvereinbarungen zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen zu erkennen. So weist die Abrechnung des „Ersatzbetrages“ darauf hin, dass ein großer Teil der Einrichtungen das Leistungsangebot bereits vor einer Vereinbarung mit den Krankenkassen umgesetzt hat. Zum einen wird hierdurch der Einsatz der Krankenhäuser für eine bestmögliche regionale Versorgung erkennbar. Zum anderen trägt vermutlich das wirtschaftliche Risiko durch fehlende Vereinbarungen auch dazu bei, dass die StäB noch nicht flächendeckender umgesetzt werden konnte.

Implementierung und Umsetzung der StäB

Um eine Bewertung der praktischen Umsetzung der StäB zu ermöglichen, die nicht aus den Abrechnungsdaten abzuleiten ist, hat die DKG im November 2021 eine Befragung der StäB-Krankenhäuser durchgeführt. An dieser Befragung haben sich 30 Krankenhäuser beteiligt. In den Rückmeldungen geben die Kliniken an, dass für die Umsetzung der StäB ein Vorlauf zwischen 6 und 18 Monaten erforderlich ist. Insbesondere entstehen hohe Aufwände für die Schaffung der organisatorischen Voraussetzungen, wie z. B. die Entwicklung eines Mobilitätskonzeptes und einer Leistungs- und Wochenkoordination. Zudem vergeht alleine bis zur Vereinbarung mit den Krankenkassen teilweise mehr als ein Jahr. Dies sei unter anderem durch die von den

Krankenkassen geforderten außergewöhnlich umfangreichen Konzepte und Nachweise, die Schwierigkeiten einer sachgerechten Entgeltvereinbarung und durch unterschiedliche Interpretationen der formalen Anforderungen bedingt. Die praktische Umsetzung werde zusätzlich durch sehr hohe Prüfquoten der Abrechnungen erschwert. Eine detaillierte Darstellung der Umfrage mit weiteren Ergebnissen wird an anderer Stelle erfolgen.

Zusammenfassend zeigt die neue Versorgungsform eine erfolgreiche erste Entwicklung, welche sich als wichtiger Teil für eine Verbesserung und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in den Regionen etablieren wird.

3.2 Bewertung des GKV–Spitzenverbandes

Mit der Einführung der StäB zum 01.01.2018 verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, das Behandlungsangebot für schwer psychisch Erkrankte zu erweitern und eine aus seiner Sicht bestehende Behandlungslücke zu schließen. Die StäB–Behandlung im häuslichen Umfeld sollte eine Versorgung ermöglichen, die näher an der Lebenswelt der Patientinnen und Patienten angesiedelt ist, jedoch vom Umfang der Leistung einer vollstationären psychiatrischen Behandlung äquivalent ist. Auf Basis der Analyse von Abrechnungsdaten konnten in dem vorliegenden Bericht erste Erkenntnisse zur realisierten Ausgestaltung der Versorgungsform, zu den Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten als auch erste finanzielle Folgen ermittelt werden. Der GKV–Spitzenverband beurteilt die bisherigen Erfahrungen wie folgt:

StäB entwickelt sich auf erwartbarem Niveau

Die StäB ist in der Versorgung angekommen. Während im Jahr 2018 zunächst eine relativ geringe Anzahl an Krankenhäusern die neue Versorgungsform angeboten hat, hat sich die Anzahl der Anbieter in den Folgejahren verdreifacht. Die Zahl der behandelten Fälle nahm ebenfalls kontinuierlich zu. Im Jahr 2020 gab es in 11 von 16 Bundesländern stationsäquivalente Behandlungsangebote. Zudem haben bereits neun Länder die StäB in die Krankenhausplanung mit aufgenommen. Im Vergleich zur vollstationären psychiatrischen Versorgung spielt die StäB–Versorgung bisher erwartungsgemäß eine eher untergeordnete Rolle. So betrug im Jahr 2020 das Verhältnis der Behandlungsfälle stationsäquivalent zu vollstationär 1:324. Aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes ist es nachvollziehbar, dass nur eine geringe Anzahl schwer psychisch Erkrankter stationsäquivalent behandelt werden. Zunächst ist die StäB eine Behandlungsform, die immanent personalintensiv ist und hohe organisatorische Anforderungen an die

Leistungserbringung stellt. Die Berichtsdaten zeigen, dass eine Umsetzung daher eher für größere psychiatrische Versorger realisierbar ist. Zudem kommt die StäB als Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld nur für eine sehr kleine Patientengruppe in Frage. Hier sei insbesondere auf die Patientinnen und Patienten verwiesen, welche aufgrund ihres Störungsbildes im vollstationären Setting überfordert wären oder bei denen die Symptomatik vorrangig im gewohnten (sozialen) Umfeld auftritt. Die meisten krankenhausbearbeitungsbedürftigen Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung profitieren stärker von einer vollstationären Versorgung.

StäB verfehlt den gesetzlich vorgegebenen Anspruch der Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld

Die StäB ist leistungsrechtlich als gleichwertige Alternative zur vollstationären psychiatrischen Behandlung verortet. Dies bedeutet, dass es sich bei der StäB ebenfalls um eine intensive, multiprofessionelle Behandlung handeln sollte, welche in Inhalt, Flexibilität und Komplexität der vollstationären Behandlung vergleichbar ist. Diesem Anspruch wird die StäB aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht gerecht. Die Auswertung der Erkrankungen anhand der ICD-10-Kodierung zeigt zwar, dass es sich in der Mehrzahl der behandelten Fälle um Fälle mit einem erheblichen Schweregrad gehandelt hat, jedoch zeigen die Daten auch, dass diese Patientinnen und Patienten durchschnittlich nur eine Stunde Behandlungszeit pro Behandlungstag erhalten haben (vgl. Tabelle 17). Und diese durchschnittlich eine Stunde Behandlungszeit pro Behandlungstag wurde vorrangig durch Pflegefachpersonen erbracht.

Hinsichtlich des Grundsatzes der Multiprofessionalität lässt sich aus den Auswertungen erkennen, dass die Anzahl der an der Behandlung beteiligten Professionen über die Jahre zugenommen hat. Zugleich zeigen die Daten aber auch, dass der Hauptanteil der Leistungen durch Pflegefachpersonen erbracht wurde. Auf diese Berufsgruppe entfallen über die Hälfte aller OPS-Kodes (vgl. Tabelle 11). Über alle drei Auswertungsjahre hinweg lag zudem der durchschnittliche Anteil der Behandlungstage mit Pflegefachpersonen an allen Behandlungstagen bei den Erwachsenen bei über 70 % (vgl. Tabelle 15). Pflegefachpersonen hatten zudem mit Abstand die höchste durchschnittliche Behandlungszeit je Fall (vgl. Tabelle 14). Damit bleibt die Versorgung im Rahmen einer StäB, insbesondere hinsichtlich der Intensität sowie der Multiprofessionalität, weit hinter einer vollstationären Behandlung zurück.

Dass die StäB in der Praxis die Qualitätskriterien und -anforderungen oftmals nicht erfüllt, wird unter anderem auch durch eine Analyse des Medizinischen Dienstes gestützt, die dem GKV-Spitzenverband vorliegt. Dieser hat 553 StäB-Fälle im Zeitraum vom 4. Quartal 2019 bis 1. Quartal 2021 begutachtet und ausgewertet. Das wohl eindringlichste Ergebnis dieser Auswertung war, dass 20 % der begutachteten Fälle keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit aufwiesen. Dies deutet daraufhin, dass in relevantem Umfang ambulant aufsuchende Behandlungsleistungen, die eigentlich in anderen Versorgungsangeboten wie der PIA oder Modellvorhaben nach § 64b SGB V verankert sind, unter dem Dach der StäB als Krankenhausleistung umgesetzt wurden. Die Analyse zeigte zudem, dass weitere wichtige Qualitätsanforderungen wie beispielsweise die vorgeschriebenen täglichen direkten Patientenkontakte oder die wöchentlichen ärztlichen Visiten nicht immer realisiert wurden. Ergänzend weisen auch Leistungserbringer (Weinmann et al. 2021²) selbst auf eine unzureichende Einbindung ambulanter Leistungserbringer zur Herstellung der gewünschten Behandlungskontinuität sowie Probleme bei der Realisierung einer 24/7 Versorgung und Erreichbarkeit, insbesondere in der Nacht und am Wochenende. hin.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands zeigen die Ergebnisse in der Zusammenschau, dass die bisherige Umsetzung überwiegend nicht dem Ziel des Gesetzgebers entspricht und es zur Unter- oder Fehlversorgung gekommen sein dürfte, sofern es sich um Patientinnen und Patienten handelte, die schwer psychisch krank sind und eine Indikationsstellung für eine stationäre Versorgung hatten. Aus medizinischer Sicht stellt gerade die Schwere der Erkrankung den Grundsatz der Behandlung im häuslichen Umfeld in Frage, da dies voraussetzt, dass die Patientinnen und Patienten sich verändernde Bedürfnislagen wahrnehmen können und aktiv zu Kenntnis geben.

StäB-Leistungen sind übervergütet

Die Analyse der Abrechnungsdaten als auch die Angaben in der KJ1-Statistik weisen einen deutlichen Anstieg der StäB-Erlöse von rund 2 Mio. Euro im Jahr 2018 auf rund 20 Mio. Euro im Jahr 2020 aus. Dies liegt nicht zuletzt an der Zunahme der Anbieter und der Steigerung der Fallzahlen. Jedoch zeigt sich auch, dass die durchschnittlichen StäB-Erlöse je Berechnungstag mit Erlösen von 245 Euro in der Erwachsenenpsychiatrie und 251 Euro in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (in 2020) auf einem sehr hohen Niveau

² Weinmann S, Bechdorf A, Greve N (2021): Psychiatrische Krisenintervention zu Hause. Das Praxisbuch zu StäB & Co.

liegen (vgl. Tabelle 18). Vor dem Hintergrund, dass durchschnittlich eine Stunde Behandlung pro Behandlungstag erfolgt (vgl. Tabelle 17) und diese Behandlungsleistung zumeist durch eine Pflegefachperson erbracht wird (vgl. Tabelle 15), steht aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Höhe der Leistungsvergütung in einem deutlichen Missverhältnis zum Umfang und Inhalt der erbrachten Leistungen. Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob die StäB im Licht der oben dargestellten Beobachtungen mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V im Einklang steht.

Psychiatrische Institutsambulanzen bleiben weiterhin die bedarfsgerechtere Versorgungsform

StäB als Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld mit einer der Krankenhausbehandlung entsprechenden Behandlungsintensität scheint von den Krankenhäusern nicht realisiert zu werden und verfehlt daher den Versorgungsbedarf schwer psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten. Es besteht daher die Notwendigkeit einer ordnungspolitischen Korrektur. Die Regelungen zur StäB sind zu streichen und durch eine intensiviertere Versorgung in den Psychiatrischen Institutsambulanzen zu ersetzen. Dies könnte den Forderungen der Leistungserbringer Rechnung tragen, aufsuchende Behandlungsleistungen flexibler auszugestalten. Unterstützend wäre hierzu eine bundesweit gültige leistungsbezogene Vergütungs differenzierung für die PIAs einzuführen.