

Befragung der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Umsetzung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

29. März 2022

Inhalt

Tabellenverzeichnis.....	2
Abbildungsverzeichnis.....	3
Hintergrund.....	4
1. Methodisches Vorgehen und Limitationen	5
2. Ergebnisse der Befragung.....	6
2.1 Regionale Verteilung.....	6
2.2 Implementierung von StäB.....	6
2.3 Umsetzung der StäB.....	11
2.4 Rahmenbedingungen der StäB.....	23
3. Kurzzusammenfassung.....	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Eckdaten der psychiatrischen und StäB-Einrichtungen, 2018-2020	4
Tabelle 2: Verteilung Bundesländer der teilnehmenden StäB-Krankenhäuser	6
Tabelle 3: Angaben zu den Vorbereitungsaufwänden für die Umsetzung von StäB.....	8
Tabelle 4: Angaben zu den Herausforderungen bei den Vereinbarungen zur StäB	10
Tabelle 5: Verteilung der Zuweisungsarten bei den StäB-Patienten/-innen.....	14
Tabelle 6: Verteilung der Lebenskonstellationen der StäB-Patienten/-innen	15
Tabelle 7: Entlassungsarten der StäB-Patienten/-innen	21
Tabelle 8: Anschlussversorgung der StäB-Patienten/-innen	22
Tabelle 9: Fachliche Bewertung der gesetzlichen und untergesetzlichen Rahmen- bedingungen und Anforderungen für eine Umsetzung der StäB	23
Tabelle 10: Angaben zu den drei größten Rahmenbedingungs-Hürden für die Implementierung von StäB	26

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erstmaliges Jahr der StäB-Leistungserbringung.....	7
Abbildung 2: StäB-Kliniken mit Vorerfahrungen in der aufsuchenden Behandlung	7
Abbildung 3: Dauer von der Entscheidung für StäB bis zur ersten StäB	8
Abbildung 4: StäB-Krankenhäuser mit und ohne Vereinbarung auf der Ortsebene.....	9
Abbildung 5: Zeitraum bis zur Vergütungsvereinbarung mit den Krankenkassen.....	11
Abbildung 6: Art der Versorgungsgebiete für die StäB	11
Abbildung 7: Genutzte Verkehrsmittel für die StäB.....	12
Abbildung 8: Geschätzte durchschnittliche Fahrtzeit zum/zur Patienten/-in	12
Abbildung 9: Geschätzte längste Fahrtzeit zum/zur Patienten/-in für die StäB.....	13
Abbildung 10: Durchschnittliche Anzahl zeitgleich behandelter StäB-Patienten/-innen.	13
Abbildung 11: Anteil der StäB-Krankenhäuser nach geschätztem Anteil von StäB-Patienten/-innen mit im Haushalt lebenden Kindern.....	16
Abbildung 12: Anteil der StäB-Krankenhäuser in Kategorien einer jeweils unterschiedlichen Anzahl aufsuchender Kriseninterventionen durch nichtärztliche StäB-Mitarbeiter/-innen.....	17
Abbildung 13: Anteil der StäB-Krankenhäuser in Kategorien einer jeweils unterschiedlichen Anzahl telefonischer Kriseninterventionen durch nichtärztliche StäB-Mitarbeiter/-innen.....	18
Abbildung 14: Anteil der StäB-Krankenhäuser in Kategorien einer jeweils unterschiedlichen Anzahl ärztlicher aufsuchender Notfall- bzw. Kriseninterventionen.....	19
Abbildung 15: Anteil der StäB-Krankenhäuser in Kategorien einer jeweils unterschiedlichen Anzahl ärztlicher telefonischer Notfall- bzw. Kriseninterventionen....	19
Abbildung 16: Anteil der StäB-Krankenhäuser in den Kategorien eines jeweils unterschiedlichen Prozentsatzes von Patienten/-innen mit Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen innerhalb der Klinik während der StäB	20
Abbildung 17: Anteil der Kliniken mit und ohne Einbezug von Genesungsbegleitung in die StäB-Behandlung.....	21
Abbildung 18: Prozentuale Verteilung der befragten Krankenhäuser in einzelnen Prüfquotenkategorien	24
Abbildung 19: Anteil der StäB-Kliniken mit und ohne Einbezug weiterer Leistungserbringer in die StäB.....	25
Abbildung 20: Verteilung der Gründe für Nichteinbezug weiterer Leistungserbringer ...	25

Hintergrund

Der Gesetzgeber hat den GKV-Spitzenverband (GKV-SV), den Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) gemäß § 115d Absatz 4 SGB V beauftragt, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis zum 31. Dezember 2021 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vorzulegen. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben sich für die Umsetzung des Berichtes darauf verständigt, ausschließlich die standardisierten und bundesweit vorliegenden Daten der Krankenhäuser nach § 21 KHEntgG für die Datenjahre 2018, 2019 und 2020 zu nutzen.

Allerdings ermöglicht die Auswertung dieser Daten nur ein eingeschränktes Bild der Umsetzung und der Herausforderungen der Implementierung von StäB. Um diesbezüglich eine bessere Kenntnislage zu erreichen, hat die DKG eine Befragung von Krankenhäusern durchgeführt, die zwischen 2018 und 2021 StäB-Leistungen erbracht haben. Vorliegender Bericht stellt die Ergebnisse der Befragung vor.

Die Krankenhäuser bilden das Rückgrat der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland. Im Jahr 2020 versorgten 526 psychiatrische Fachabteilungen und Fachkrankenhäuser für Erwachsenenpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie psychisch erkrankte Menschen. Davon haben 36 Krankenhäuser in 2020 Leistungen für die StäB abgerechnet (**Tab. 1**).

Tabelle 1: Eckdaten der psychiatrischen und StäB-Einrichtungen, 2018-2020

	2018	2019	2020
Krankenhäuser ¹	522	524	526
Anzahl der StäB-Krankenhäuser ²	13	30	36

Quelle: 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-SV, des PKV und der DKG vom 23. Dezember 2021

¹ Es sind alle Krankenhäuser nach Institutionskennzeichen umfasst, die im jeweiligen Jahr mindestens ein vollstationäres PEPP-Entgelt aus den Strukturkategorien Erwachsenenpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie abgerechnet haben. Psychosomatische Einrichtungen sind somit nicht enthalten.

² Es sind alle Krankenhäuser umfasst, die im jeweiligen Jahr mindestens ein StäB-PEPP-Entgelt (QA80Z, QK80Z) abgerechnet haben.

1. Methodisches Vorgehen und Limitationen

Für die Befragung der DKG wurden Krankenhäuser kontaktiert, die im Zeitraum von 2019 bis 2021 StäB-Leistungen erbracht haben. An der Befragung haben 30 Krankenhäuser teilgenommen. Es erfolgte keine Differenzierung zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Fragebogen war primär auf den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie ausgerichtet. Die Befragung fand im Zeitraum vom 1. November 2021 bis zum 19. November 2021 mit dem Online-Umfragetool „survio“ statt.

Der Schwerpunkt der Themenauswahl lag auf Aspekten, die nicht im Rahmen des Berichtes der Selbstverwaltungspartner gemäß § 115d Absatz 4 SGB V ausgewertet wurden. Ziel war es, ergänzende Informationen und Erkenntnisse zu gewinnen, die nicht über die § 21 KHEntgG-Daten zu generieren sind. Es wurden daher bspw. keine Fragen zum Patientenkontext, wie Diagnosen, Alter und Geschlecht gestellt. Mit der Ergänzung soll ein umfassenderes Bild der StäB in Bezug auf die konkrete Umsetzung und den damit zusammenhängenden Herausforderungen hergestellt werden. Die Befragung und Auswertung bildet den Prozess vom Beginn der Entscheidung bis zur konkreten Umsetzung der StäB.

Da gezielt ausschließlich StäB-Krankenhäuser befragt wurden, liefern die vorliegenden Ergebnisse insbesondere keine Erkenntnisse darüber, was andere psychiatrische Kliniken daran hindert, StäB umzusetzen. Erkenntnisse von Einrichtungen mit langjährigen Erfahrungen bei anderweitigen aufsuchenden Behandlungsformen sind nur eingeflossen, wenn sie StäB-Leistungen erbracht haben.

2. Ergebnisse der Befragung

2.1 Regionale Verteilung

Von den 30 an der DKG-Befragung teilnehmenden Kliniken aus sieben Bundesländern zeigt sich bei der regionalen Verteilung (**Tab. 2**) eine deutliche Konzentration von StäB-Krankenhäusern in Baden-Württemberg, Hessen sowie in der Ballungsregion Berlin.

Tabelle 2: Verteilung Bundesländer der teilnehmenden StäB-Krankenhäuser

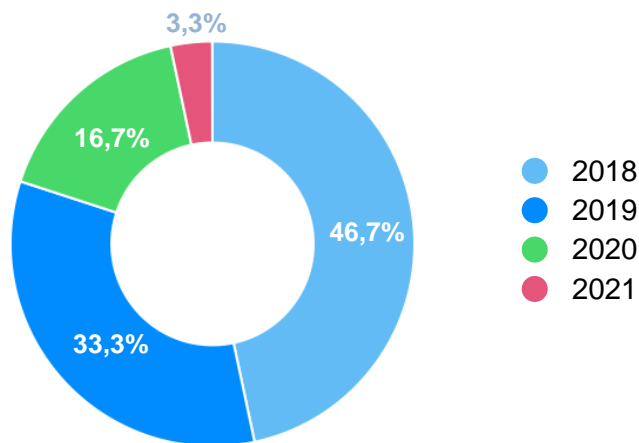
Bundesländer	Anzahl StäB-Krankenhäuser
Baden-Württemberg	13
Hessen	7
Berlin	4
Brandenburg	2
Nordrhein-Westfalen	2
Bayern	1
Sachsen-Anhalt	1

2.2 Implementierung von StäB

Die Einführung einer neuen Behandlungsform benötigt erhebliche organisatorische Vorbereitungen. Bei der StäB begibt sich die Institution Krankenhaus aus ihren räumlichen Gegebenheiten in das Lebensumfeld der Menschen. Neben der grundsätzlichen fachlichen Überzeugung einer Einrichtung, dass die StäB der richtige Weg zur Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung ist, müssen einige Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es ermöglichen, die StäB umzusetzen. Dazu gehören u. a. die Gewinnung von Mitarbeitern, Aufbau und Organisation eines Fuhrparkes, Anschaffung von Kommunikations- und Dokumentationsmedien sowie Schaffung zusätzlicher Räumlichkeiten für die StäB-Teams. Es müssen Konzepte entwickelt werden, die eine Erfüllung der gesetzlichen Rahmenbedingungen ermöglichen, wie zum Beispiel die Sicherstellung einer 24-stündigen ärztlichen Eingriffsmöglichkeit. Die Kosten der StäB müssen kalkuliert und die Vergütung mit den Krankenkassen verhandelt werden. Die Implementierung der StäB ist damit kein kurzfristig umzusetzendes Projekt. Hinzu kommt, dass die bestehende Corona-Pandemie bestehende Pläne zur Umsetzung von StäB möglicherweise verzögert hat.

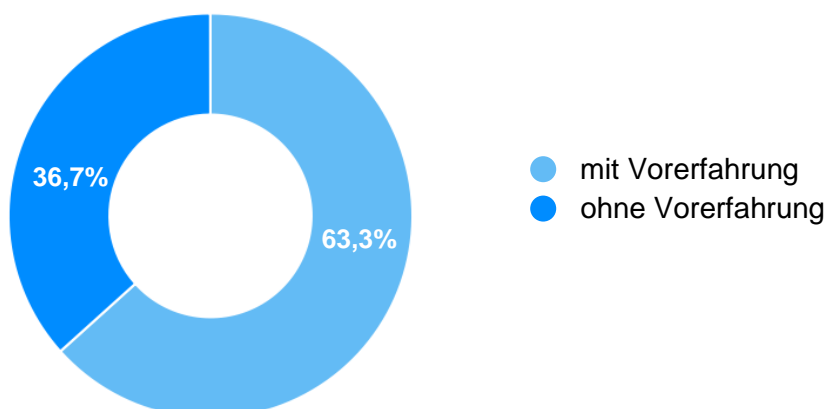
In der folgenden Abbildung (**Abb. 1**) wird die Verteilung der befragten StäB-Krankenhäuser in Bezug auf ihr erstes Jahr einer StäB-Leistungserbringung dargestellt. Mit 80% hat der Großteil der befragten Kliniken in den Jahren 2018 und 2019 mit der Leistungserbringung begonnen.

Abbildung 1: Erstmaliges Jahr der StäB-Leistungserbringung



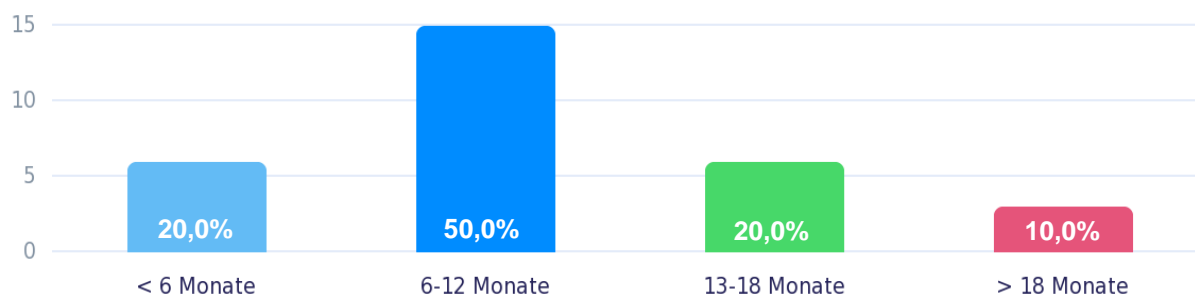
Eine aufsuchende psychiatrische Behandlung von Krankenhäusern im Lebensumfeld psychisch erkrankter Menschen ist auch mit anderen Rahmenbedingungen bspw. über bestehende Modellprojekte nach § 64b SGB V, über IV-Versorgungsmodelle oder über die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) möglich. Es ist anzunehmen, dass bereits vorhandene Erfahrungen mit aufsuchenden Behandlungsformen die Umsetzung und Implementierung von StäB erleichtern. Das Ergebnis der Befragung zeigt, dass 2/3 der befragten Krankenhäuser vor Implementierung der StäB Vorerfahrungen mit aufsuchenden Behandlungsformen hatten (**Abb. 2**).

Abbildung 2: StäB-Kliniken mit Vorerfahrungen in der aufsuchenden Behandlung



Die nachfolgende Abbildung (**Abb. 3**) stellt den Vorbereitungszeitraum von der Entscheidung der Klinik, StäB anzubieten, bis zur ersten Behandlung eines/einer StäB-Patienten/-in dar. Die Hälfte der befragten Einrichtungen (50%) benötigte hierfür zwischen 6 und 12 Monaten. Weitere 30% der StäB-Krankenhäuser benötigten 13 bis über 18 Monate.

Abbildung 3: Dauer von der Entscheidung für StäB bis zur ersten StäB



Die Krankenhäuser wurden gefragt, wie hoch die Aufwände in Bezug auf die verschiedenen Schritte der Vorbereitung für die Umsetzung von StäB waren. Die folgende Tabelle (**Tab. 3**) zeigt deutlich, dass die Überzeugung der Geschäftsführung und der fachlichen Leitung in der Regel unaufwendig und schnell erreicht ist. Dies ist bei folgenden Vorbereitungen anders: Sehr hohe und eher hohe Aufwände wurden von den befragten StäB-Krankenhäusern in Bezug auf die Planung der Leistungs- und Wochenkoordination (92,9%), die Ausgestaltung der Kommunikationsformen und -wege (82,8%), die technische Umsetzung der Abrechnung (75,0%), die Dokumentation (65,5%) sowie die Mitarbeitergewinnung (51,7%) angegeben.

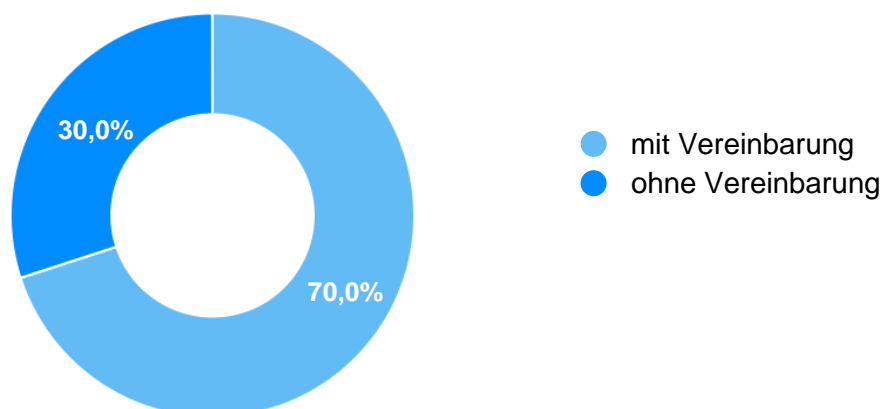
Tabelle 3: Angaben zu den Vorbereitungsaufwänden für die Umsetzung von StäB

Vorbereitungsaufwand	sehr hoch	eher hoch	eher gering	sehr gering
Überzeugung der Geschäftsführung	10,0%	23,3%	20,0%	46,7%
Überzeugung der fachlichen Leitung	6,9%	3,4%	24,1%	65,5%
Mitarbeitergewinnung (intern oder extern)	20,7%	31,0%	44,8%	3,4%
interne Abstimmung zur Indikationsstellung für die StäB	10,3%	34,5%	37,9%	17,2%
Mobilitätskonzept (z. B. Auto, Fahrrad, öffentlicher Nahverkehr)	6,9%	37,9%	51,7%	3,4%

Ausgestaltung der Kommunikationsformen und -wege	20,7%	62,1%	17,2%	0%
Ausgestaltung der Dokumentation	37,9%	27,6%	31,0%	3,4%
Mitarbeitersicherheit	3,4%	20,7%	72,4%	3,4%
Leistungs- und Wochenkoordination	28,6%	64,3%	0%	7,1%
technische Umsetzung der Abrechnung	25,0%	50,0%	14,3%	10,7%

Die Vergütung von StäB-Leistungen erfolgt im Rahmen des Pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP). Hierfür stehen den Krankenhäusern zwei unbewertete Entgelte zur Verfügung. Für diese unbewerteten Entgelte sind von den Vertragsparteien auf der Ortsebene krankenhaushausindividuelle Entgelte zu vereinbaren. In Verbindung mit der Einführung der unbewerteten Entgelte wurde mit den Abrechnungsbestimmungen ein Ersatzbetrag in Höhe von 200 Euro pro Tag festgelegt, so dass eine Abrechnungsmöglichkeit für StäB-Leistungen auch vor einer Vereinbarung auf der Ortsebene gewährleistet ist. Zum Befragungszeitpunkt lag bei 70% der befragten Krankenhäuser eine Vereinbarung auf der Ortsebene mit den Krankenkassen vor (**Abb. 4**). 30% der Krankenhäuser hatten mit dem Aufbau des neuen Behandlungsangebotes bereits ohne Abschluss einer Vereinbarung mit den Krankenkassen und somit trotz der damit verbundenen wirtschaftlichen Risiken begonnen. Dies weist zum einen auf die Schwierigkeiten und Verzögerungen der Vereinbarungen mit den Krankenkassen hin (siehe auch **Tab. 4**) und zeigt zum anderen, dass für die Krankenhäuser nicht die wirtschaftliche Planungssicherheit, sondern die Nutzung dieser neuen Versorgungsform im Interesse der Patienten im Vordergrund stand.

Abbildung 4: StäB-Krankenhäuser mit und ohne Vereinbarung auf der Ortsebene



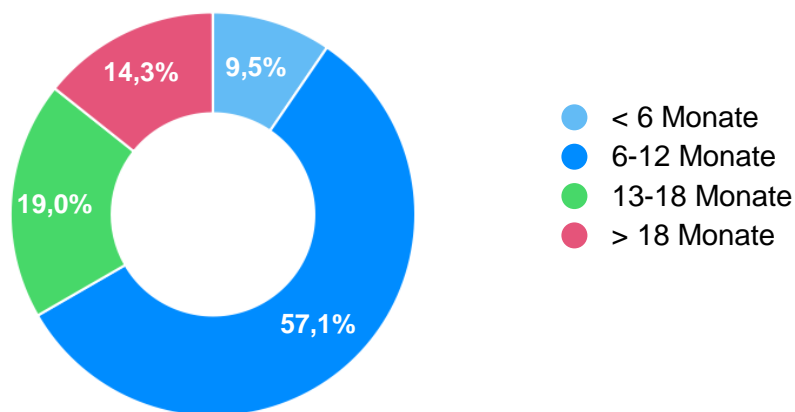
Die StÄB-Krankenhäuser wurden zudem befragt, wie sich die Verhandlungen und Vereinbarungen zur StÄB mit den Krankenkassen gestaltet haben (**Tab. 4**). Hierbei wurden sowohl die Forderungen der Krankenkassen von Konzepten und Nachweisen für die geplante Umsetzung (95,0%), als auch die Höhe (90,0%) und Form (85,0%) der Vergütung als sehr hoch oder eher herausfordernd bewertet. Die Anforderungen an die fortlaufende Dokumentation (90,0%) und die Interpretation der formalen Anforderungen aus der Rahmenvereinbarung auf Bundesebene (85,0%) wurden ebenfalls als sehr hoch oder eher hoch eingeschätzt.

Tabelle 4: Angaben zu den Herausforderungen bei den Vereinbarungen zur StÄB

Herausforderung	sehr hoch	eher hoch	eher gering	sehr gering
Terminfindung	9,5%	9,5%	76,2%	4,8%
geforderte Konzepte und Nachweise für die geplante Umsetzung	55,0%	40,0%	5,0%	0%
Form der Vergütung/ Entgelte	55,0%	30,0%	15,0%	0%
Höhe der Vergütung	70,0%	20,0%	10,0%	0%
zu fortlaufenden Dokumentationsanforderungen	35,0%	55,0%	10,0%	0%
Interpretation der formalen Anforderungen aus der Rahmenvereinbarung auf Bundesebene	30,0%	55,0%	15,0%	0%

Der Umfang der zu bewältigenden Herausforderungen spiegelt sich auch in dem Zeitraum von der ersten Kontaktaufnahme der Krankenhäuser mit den Krankenkassen bis zu einer finalen Vereinbarung zur Vergütung der StäB wider (**Abb. 5**). 57,1% der befragten Häuser gaben hierfür einen Zeitraum von 6 bis 12 Monaten an. Bei 33,3% der befragten Kliniken dauerte es bis zu einer Vereinbarung mit den Krankenkassen zwischen 13 bis über 18 Monate.

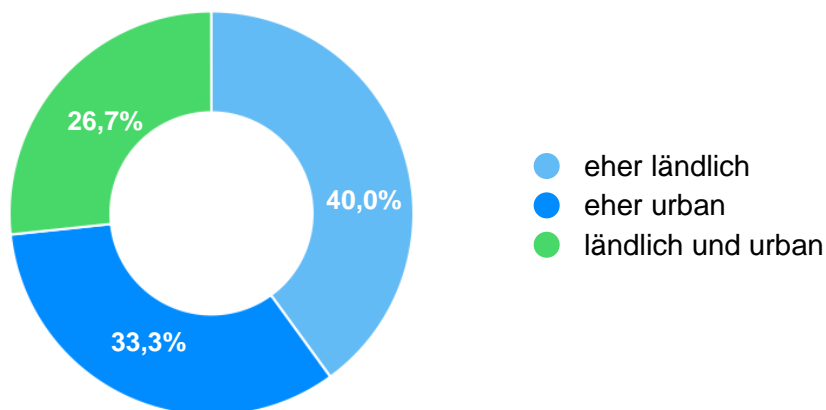
Abbildung 5: Zeitraum bis zur Vergütungsvereinbarung mit den Krankenkassen



2.3 Umsetzung der StäB

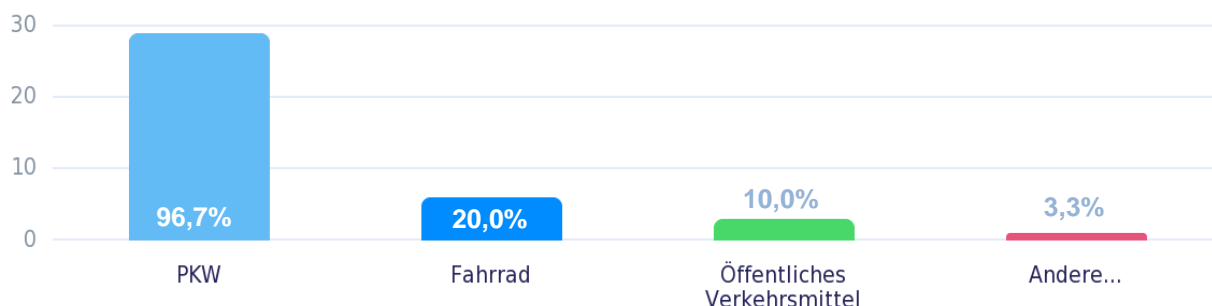
Um zu den Patienten/-innen in das Lebensumfeld zu gelangen, sind die erforderlichen zeitlichen Ressourcen für die täglichen Fahrtzeiten zu berücksichtigen. StäB kann unabhängig von der Art des Versorgungsgebietes umgesetzt werden. Die StäB-Krankenhäuser wurden befragt, ob sie ihr Versorgungsgebiet eher ländlich (40%), eher urban (33,3%) oder als ländlich und urban (26,7%) einordnen (**Abb. 6**).

Abbildung 6: Art der Versorgungsgebiete für die StäB



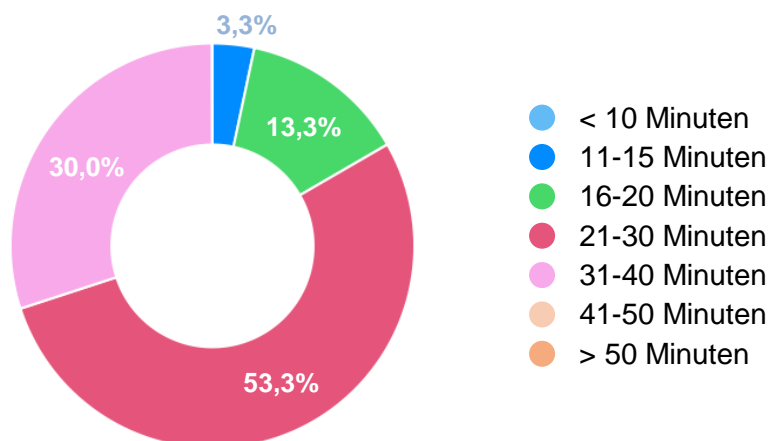
Für das Aufsuchen der Patienten/-innen im Rahmen der StäB wird überwiegend das Auto (96,7%) genutzt. Allerdings kommen darüber hinaus sowohl das Fahrrad (20%) als auch die Öffentlichen Verkehrsmittel (10%) zum Einsatz (**Abb. 7**).

Abbildung 7: Genutzte Verkehrsmittel für die StäB³



Aufgrund der Begrenzung personeller Ressourcen bewegen sich die täglichen Fahrtzeiten für eine einfache Strecke zu einem sehr großen Anteil (83,3%) zwischen 21 und 40 Minuten. Beim Einsatz ähnlicher zeitlicher Ressourcen kann aufgrund der Verkehrssituation und -anbindung das regionale räumliche Versorgungsgebiet in ländlichen Regionen größer ausfallen als in urbanen Regionen. Über die Hälfte der Kliniken (53,3%) gaben an, dass die durchschnittliche Fahrtzeit im ersten Halbjahr 2021 zwischen 21 und 30 Minuten lag. Durchschnittliche Fahrtzeiten unter 10 Minuten und über 41 Minuten wurden für das erste Halbjahr 2021 nicht angegeben (**Abb. 8**).

Abbildung 8: Geschätzte durchschnittliche Fahrtzeit zum/zur Patienten/-in⁴

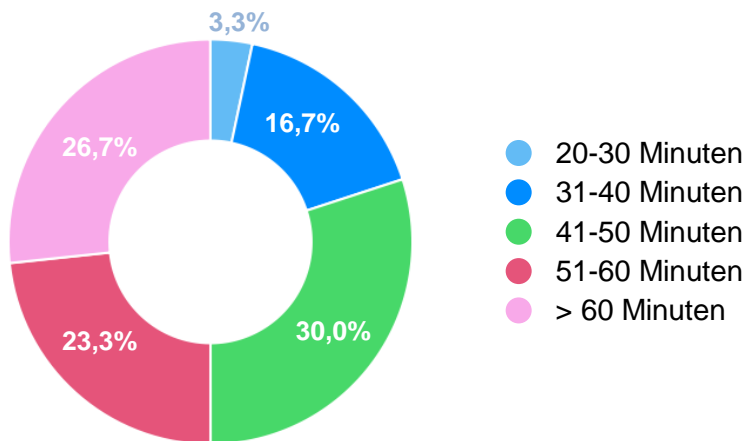


³ Mehrfachangaben möglich

⁴ für eine einfache Strecke (Hin- oder Rückfahrt, im ersten Halbjahr 2021)

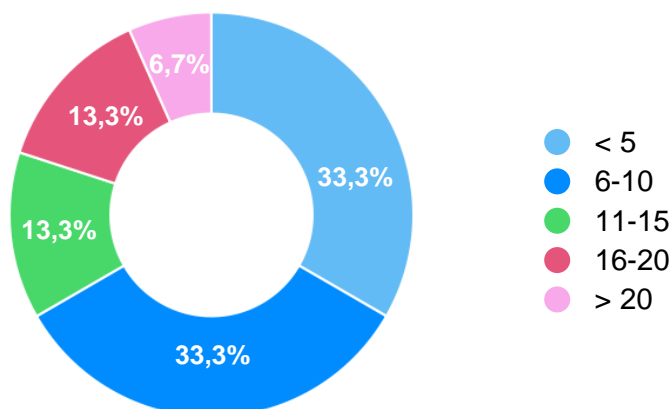
Besondere Umstände und Gegebenheiten erfordern durchaus auch längere Fahrtzeiten, die ein gutes Viertel der befragten Kliniken (26,7%) auf über 60 Minuten angegeben haben. Bei etwa der Hälfte (53,3%) der befragten Kliniken betrug die längste geschätzte Fahrtzeit zwischen 41 und 60 Minuten (**Abb. 9**).

Abbildung 9: Geschätzte längste Fahrtzeit zum/zur Patienten/-in für die StäB⁵



Wird ein/e Patient/-in im Lebensumfeld aufgesucht, steht ihm/ihr das therapeutische Personal in dieser Zeit in der Regel eins zu eins zur Verfügung. In dieser Zeit sowie während der Fahrtzeiten kann das Personal keinen weiteren Tätigkeiten nachgehen oder andere, bzw. mehrere Patienten/-innen gleichzeitig versorgen. In der aktuellen Phase eines Aufbaus der StäB mit den zur Verfügung stehenden personellen Kapazitäten und organisatorischen Möglichkeiten ist die Anzahl gleichzeitig zu behandelnder Patienten/-innen derzeit noch begrenzt. Lediglich zwei Kliniken (6,7%) gaben an, im Durchschnitt über 20 StäB-Patienten/-innen gleichzeitig zu behandeln (**Abb. 10**).

Abbildung 10: Durchschnittliche Anzahl zeitgleich behandelter StäB-Patienten/-innen⁶



⁵ für eine einfache Strecke (Hin- oder Rückfahrt)

⁶ im ersten Halbjahr 2021

Patienten/-innen gelangen über unterschiedliche Wege und somit Zuweisungsarten in eine StäB. Der Median der Einschätzungen der StäB-Krankenhäuser zu jeder der verschiedenen Zuweisungsarten zeigt ein heterogenes Bild der verschiedenen Möglichkeiten. Neben den vielfältigen Varianten über die weiteren organisatorischen Settings des Krankenhauses, kommen neben Überweisung aus dem niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich auch die eigene Anmeldung der Patienten/-innen und die Empfehlung von Krisen- oder Sozialpsychiatrischen Diensten in Frage (**Tab. 5**).

Tabelle 5: Verteilung der Zuweisungsarten bei den StäB-Patienten/-innen⁷

Zuweisungsart	Median
Anschluss an voll- oder teilstationäre Behandlung	20%
Zuweisung über die PIA	20%
<u>vor</u> einer voll- oder teilstationären Behandlung	10%
Zuweisung über die Notfallambulanz / Akutaufnahme	10%
Überweisung durch niedergelassene Vertragsärzte/-innen	10%
eigene Anmeldung des/der Patienten/-in	10%
Sonstiges (z. B. Krisendienste, Sozialpsychiatrische Dienste)	10%
Zuweisung über andere Kliniken	5%

⁷ im ersten Halbjahr 2021, mögliche Angaben zwischen 0 und 70%

Psychisch erkrankte Menschen, die über die StäB versorgt werden, befinden sich in unterschiedlichen Lebenskonstellationen. Der größte Anteil bei der StäB liegt dabei bei der eigenen Familie bzw. Lebenspartnerschaft (im Median 40%), dicht gefolgt von alleinlebenden Patienten/-innen (Median 30%) (**Tab. 6**).

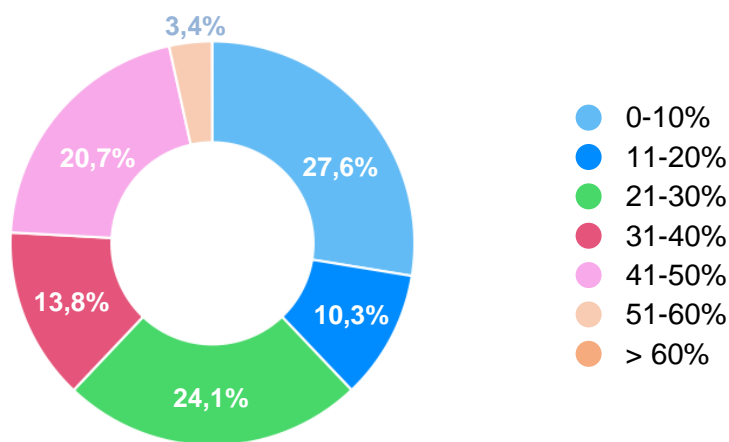
Tabelle 6: Verteilung der Lebenskonstellationen der StäB-Patienten/-innen⁸

Lebenskonstellation	Median
eigene Familie / Lebenspartner/-in	40%
alleinlebend	30%
Herkunftsfamilie (z. B. bei den Eltern oder Großeltern)	10%
institutionelle Wohnform (z. B. betreute Wohngemeinschaft, Heim)	10%
Wohngemeinschaft	5%
sonstige Wohnform	5%

⁸ im ersten Halbjahr 2021, mögliche Angaben zwischen 0 und 70%

Die StäB im Lebensumfeld ermöglicht erkrankten Menschen die psychiatrische Behandlung durch ein Krankenhaus, ohne die bestehenden Versorgungsverpflichtungen für andere Menschen aufgeben zu müssen. So ermöglicht die StäB das Erreichen von Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Verpflichtungen die Behandlung durch ein Krankenhaus nicht oder häufig zu spät in Anspruch genommen haben. Eine relevante Versorgungsverpflichtung ist beispielsweise die Versorgung von im Haushalt lebenden Kindern. Die Krankenhäuser wurden befragt, wie hoch sie den prozentualen Anteil der StäB-Patienten/-innen mit im Haushalt lebenden Kindern schätzen. Über die Hälfte der befragten StäB-Krankenhäuser gab an, dass der Anteil der StäB-Patienten/-innen mit im Haushalt lebenden Kindern zwischen 21% und 50% lag. Ein Anteil von über 60% wurde von keiner Einrichtung angegeben (**Abb. 11**).

Abbildung 11: Anteil der StäB-Krankenhäuser nach geschätztem Anteil von StäB-Patienten/-innen mit im Haushalt lebenden Kindern⁹

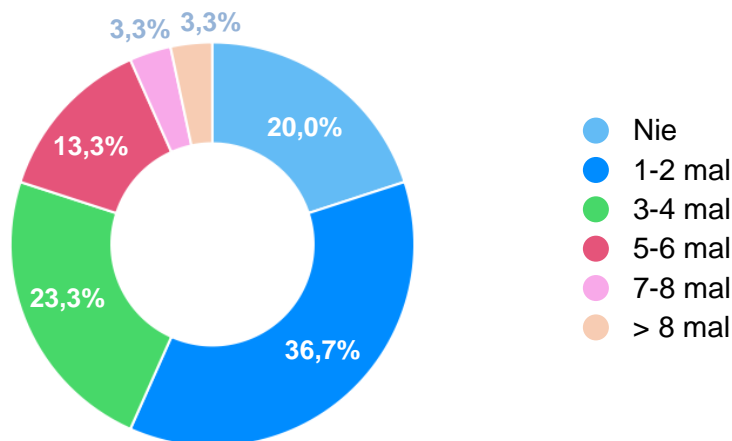


⁹ im ersten Halbjahr 2021

Die StäB wurde als Äquivalent zur vollstationären Behandlung definiert. Demnach muss bei den StäB-Patienten/-innen auch eine Indikation zur vollstationären Behandlung vorliegen. Im Fall von sich kurzfristig verändernden Bedarfslagen müssen durch das Krankenhaus individuelle Hilfeleistungen durch das Behandlungsteam gewährleistet werden. Die Krankenhäuser wurden gefragt, wie oft Notfall- bzw. Kriseninterventionen durch nichtärztliche oder ärztliche Mitarbeiter/-innen erfolgt sind. Dabei ist zu bedenken, dass die jeweils angegebene Anzahl der verschiedenen Formen der Kriseninterventionen von der Anzahl gleichzeitig behandelter StäB-Patienten/-innen abhängig ist. Dieser Einfluss ist bei den dargestellten Ergebnissen nicht berücksichtigt.

Über die Hälfte der befragten StäB-Krankenhäuser (56,7%) gaben für das erste Halbjahr 2021 an, dass eine aufsuchende Krisenintervention durch nichtärztliche Mitarbeiter/-innen des StäB-Teams pro Monat nur relativ selten (0- bis 2-mal) erforderlich wurde (**Abb. 12**).

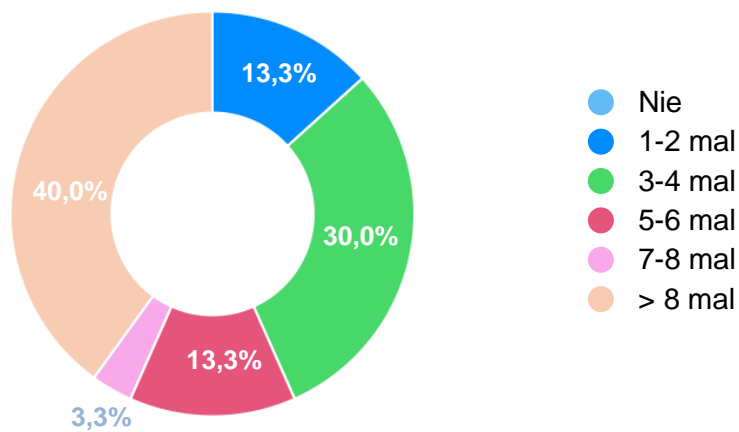
Abbildung 12: Anteil der StäB-Krankenhäuser in Kategorien einer jeweils unterschiedlichen Anzahl aufsuchender Kriseninterventionen durch nichtärztliche StäB-Mitarbeiter/-innen¹⁰



¹⁰ innerhalb des üblichen Tagesdienstes werktags im Rahmen der Rufbereitschaft, pro Monat im ersten Halbjahr 2021

Häufiger fanden hingegen telefonische Kriseninterventionen durch nichtärztliche Mitarbeiter/-innen des StäB-Teams außerhalb des üblichen Tagesdienstes statt. Knapp die Hälfte der befragten Kliniken (43,3%) gab an, dass dies im ersten Halbjahr 2021 im Durchschnitt 7-mal oder häufiger pro Monat erfolgte. Keine Klinik gab an, dass telefonischen Kriseninterventionen durch nichtärztliche Mitarbeiter/-innen niemals stattfanden (**Abb. 13**).

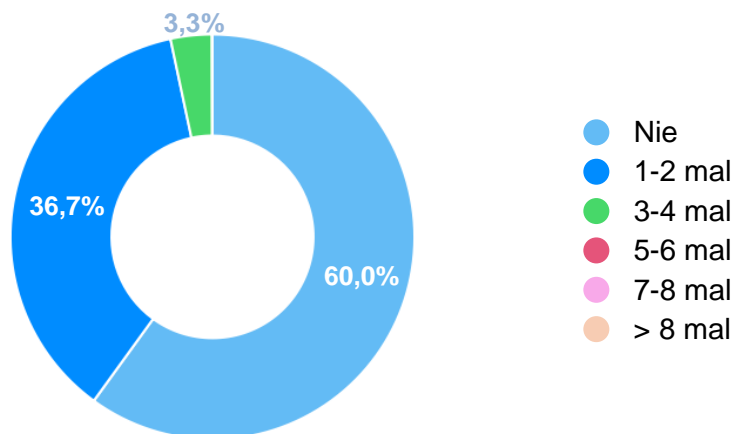
Abbildung 13: Anteil der StäB-Krankenhäuser in Kategorien einer jeweils unterschiedlichen Anzahl telefonischer Kriseninterventionen durch nichtärztliche StäB-Mitarbeiter/-innen¹¹



¹¹ innerhalb des üblichen Tagesdienstes werktags im Rahmen der Rufbereitschaft, pro Monat im ersten Halbjahr 2021

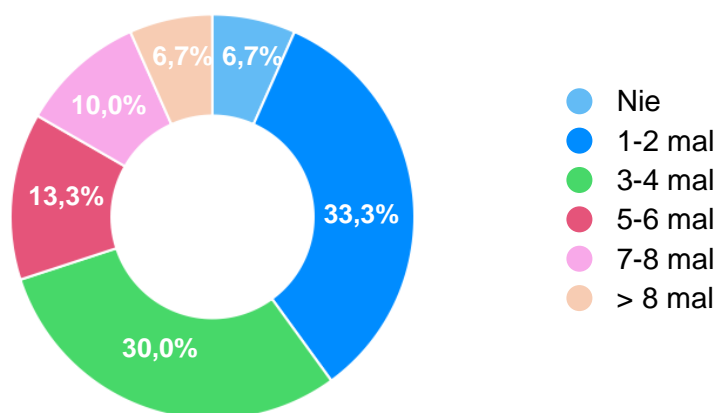
Sehr selten waren im befragten Zeitraum ärztliche aufsuchende Notfall- bzw. Kriseninterventionen außerhalb des üblichen Tagesdienstes erforderlich. Mehr als die Hälfte der StäB-Kliniken (60%) gab an, dass dies im ersten Halbjahr 2021 nie notwendig wurde. Weitere 36,7% der Krankenhäuser antworteten, dass durchschnittlich 1 bis 2-mal pro Monat eine solche Notfall- bzw. Krisenintervention durchgeführt wurde. Eine weitere Klinik gab an, dass dies 3 bis 4-mal pro Monat erfolgte. Eine höhere Anzahl (< 5-mal) wurde von keiner Klinik angegeben (**Abb. 14**).

Abbildung 14: Anteil der StäB-Krankenhäuser in Kategorien einer jeweils unterschiedlichen Anzahl ärztlicher aufsuchender Notfall- bzw. Kriseninterventionen¹²



Etwas häufiger kamen im befragten Zeitraum ärztliche telefonische Notfall- bzw. Kriseninterventionen außerhalb des üblichen Tagesdienstes zum Einsatz. Weit über die Hälfte der befragten Krankenhäuser (63,3%) gaben an, dass dies im ersten Halbjahr 2021 zwischen 1 und 4-mal pro Monat erfolgte (**Abb. 15**).

Abbildung 15: Anteil der StäB-Krankenhäuser in Kategorien einer jeweils unterschiedlichen Anzahl ärztlicher telefonischer Notfall- bzw. Kriseninterventionen¹³

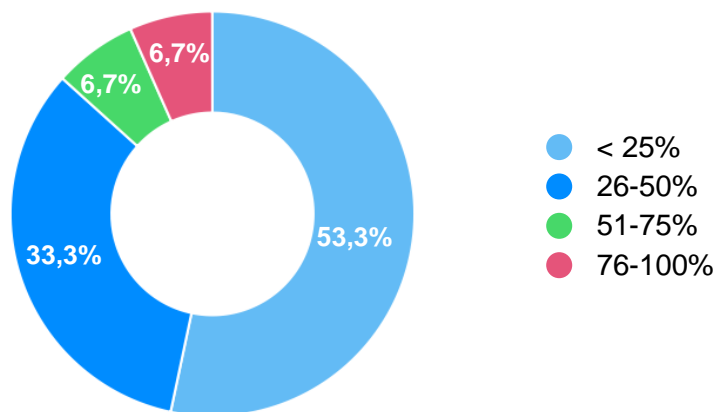


¹² außerhalb des üblichen Tagesdienstes, pro Monat im ersten Halbjahr 2021

¹³ außerhalb des üblichen Tagesdienstes, pro Monat im ersten Halbjahr 2021

Neben der aufsuchenden Behandlung im Lebensumfeld psychisch erkrankter Menschen ist es bei der StäB auch möglich, einzelne Behandlungsleistungen innerhalb der Klinik in Anspruch zu nehmen. So sind bspw. bestimmte Therapieangebote, wie Gruppentherapien oder spezielle Therapieformen, für die die organisatorischen und räumlichen Rahmenbedingungen im Krankenhaus vorhanden sind (z. B. künstlerische oder physiotherapeutische Therapien), nicht oder nur begrenzt im Lebensumfeld der Patienten/-innen durchführbar. Knapp die Hälfte der befragten Kliniken (46,7%) gab für das erste Halbjahr 2021 an, dass über 25% der StäB-Patienten/innen auch Behandlungsleistungen innerhalb des Krankenhauses in Anspruch genommen haben (Abb. 16).

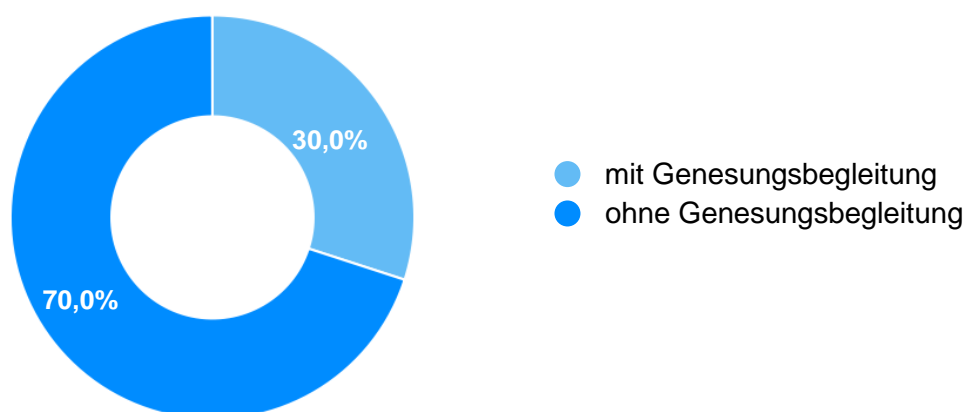
Abbildung 16: Anteil der StäB-Krankenhäuser in den Kategorien eines jeweils unterschiedlichen Prozentsatzes von Patienten/-innen mit Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen innerhalb der Klinik während der StäB¹⁴



¹⁴ im ersten Halbjahr 2021

Genesungsbegleiter sind Menschen mit eigener Krankheitserfahrung, die nach Abschluss einer modularen Ausbildung einen entlastenden Zugang zu psychisch erkrankten Menschen ermöglichen und somit die Qualität und das Behandlungsergebnis positiv beeinflussen können. 30,0% der StäB-Krankenhäuser gaben an, dass auch bei der StäB Genesungsbegleiter eingesetzt werden (**Abb. 17**).

Abbildung 17: Anteil der Kliniken mit und ohne Einbezug von Genesungsbegleitung in die StäB-Behandlung¹⁵



Die StäB bietet eine besondere Alternative zu den weiteren Formen der Krankenhausbehandlung. Die Patienten/-innen scheinen in besonderem Maße mit der Behandlung zufrieden zu sein, so dass diese in der Regel wie geplant Ende geführt wird. Der Anteil gemeinsam geplanter regulärer Entlassungen liegt im Median der befragten Krankenhäuser bei 70%. Rückmeldungen einzelner Krankenhäuser in Freitextfeldern legen nahe, dass der Wert noch deutlich über 70% liegen dürfte. Im Median bildet sich dies jedoch nicht ab, da höheren Wertangaben nicht möglich waren (**Tab. 7**).

Tabelle 7: Entlassungsarten der StäB-Patienten/-innen¹⁶

Entlassungsart	Median
reguläre gemeinsam geplante Entlassung	70%
vorzeitige Entlassung durch Entscheidung des StäB-Teams	10%
vorzeitige Entlassung auf Wunsch des/der Patienten/-in	10%

¹⁵ im ersten Halbjahr 2021

¹⁶ im ersten Halbjahr 2021, mögliche Angaben zwischen 5 und 70%

Wie Patienten/-innen in Anschluss an die StäB weiterversorgt werden, hängt maßgeblich von den bestehenden regionalen Versorgungsmöglichkeiten und Bedingungen ab. Relativ häufig werden die Patienten/-innen nach der StäB in einer PIA oder Hochschulambulanz (Median 40%), dicht gefolgt von der ambulanten Versorgung durch niedergelassene/r Ärzte/-innen versorgt (Median 30%). Bei 20 % (Median) erfolgt eine Überleitung in die Gemeindepsychiatrische Versorgung. Sehr selten wird eine vollstationäre Anschlussversorgung (Median 5%) erforderlich (**Tab. 8**).

Tabelle 8: Anschlussversorgung der StäB-Patienten/-innen¹⁷

Art der Anschlussversorgung	Median
ambulante Versorgung durch eine PIA oder Hochschulambulanz	40%
ambulante Versorgung niedergelassene/r Arzt/-Ärztin	30%
gemeindepsychiatrische Versorgung	20%
ambulante Versorgung niedergelassene/r Psychotherapeut/-in	10%
teilstationäre Versorgung	10%
ambulante psychiatrische Pflege/ Soziotherapie	10%
vollstationäre Versorgung	5%

¹⁷ im ersten Halbjahr 2021, mögliche Angaben zwischen 5 und 70%

2.4 Rahmenbedingungen der StäB

Für die Umsetzung von StäB sind Rahmenbedingungen mit differenzierten Anforderungen sowohl in der „Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gemäß § 115d Abs. 2 SGB V“ als auch in den StäB-spezifischen Operationen- und Prozedurenkodes (OPS 9-701 für Erwachsene und OPS 9-801 für Kinder und Jugendliche) für die Abrechnung der Leistungen festgelegt. Die StäB-Krankenhäuser wurden befragt, wie sie aus fachlicher Sicht die gesetzlichen und untergesetzlichen Rahmenbedingungen einschätzen. Als sinnvoll oder äußerst sinnvoll wurden die wöchentliche fachärztliche Visite (100%), die multiprofessionelle Behandlung (100%), die Rufbereitschaften des Behandlungsteams (96,4%), die Sicherstellung der 24-stündigen ärztlichen Eingriffsmöglichkeit (96,4%) und die definierte Äquivalenz zur vollstationären Behandlung (86,2%) eingeschätzt. Als kaum bis überhaupt nicht sinnvoll wurden die Anforderungen an die Dokumentation (67,9%) und die fehlende Relevanz eines Einsatzes von Genesungsbegleitung (71,4%) bewertet. Beim täglichen direkten Patientenkontakt entstand ein durchaus heterogenes Bild. 46,4% der StäB-Krankenhäuser bewerteten diesen als kaum bis überhaupt nicht sinnvoll. Wohingegen 53,6% der befragten Einrichtungen den täglichen Kontakt als sinnvoll, bzw. äußerst sinnvoll erachten (**Tab. 9**).

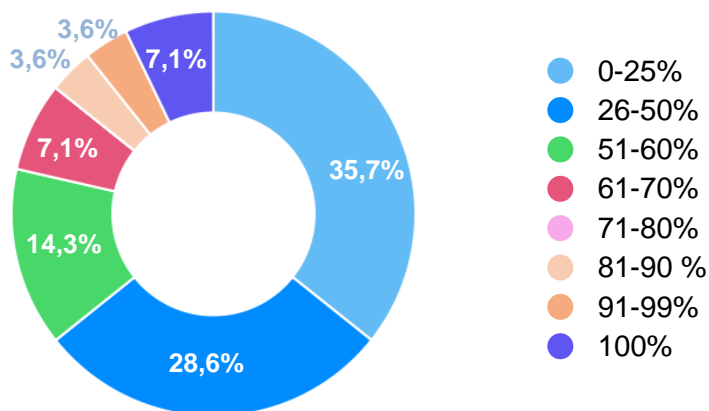
Tabelle 9: Fachliche Bewertung der gesetzlichen und untergesetzlichen Rahmenbedingungen und Anforderungen für eine Umsetzung der StäB

Rahmenbedingung	äußerst sinnvoll	sinnvoll	kaum sinnvoll	überhaupt nicht sinnvoll
definierte Äquivalenz zur vollstationären Behandlung	31,0%	55,2%	10,3%	3,4%
täglicher direkter Patientenkontakt	14,3%	39,3%	39,3%	7,1%
Anforderungen an die Dokumentation (z. B. namentliche Nennung der Fallbesprechungsteilnehmer/-innen, Eignung des häuslichen Umfeldes)	3,6%	28,6%	50,0%	17,9%
wöchentliche fachärztliche Visite	53,6%	46,4%	0%	0%
multiprofessionelle Behandlung	89,3%	10,7%	0%	0%
wöchentliche multiprofessionelle Fallbesprechung	67,9%	32,1%	0%	0%
Erreichbarkeit eines Behandlungsteammitgliedes innerhalb des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitschaft)	71,4%	25,0%	3,6%	0%

jederzeitige, 24-stündige an sieben Tagen in der Woche ärztliche Eingriffsmöglichkeit	39,3%	57,1%	3,6%	0%
fehlende Relevanz von Genesungsbegleitung / Ex-In / Peer-to-Peer	7,1%	21,4%	21,4%	50,0%

Zum Alltag der Krankenhäuser gehören hohe bürokratische Aufwände durch teilweise umfangreiche Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Die StäB-Krankenhäuser wurden befragt, wie sich im ersten Halbjahr 2021 die Prüfquoten für die StäB gestaltet haben. Bei 35,7% der befragten Krankenhäuser wurden über die Hälfte der StäB-Fälle und bei 7,1% sogar alle StäB-Fälle geprüft (**Abb. 18**).

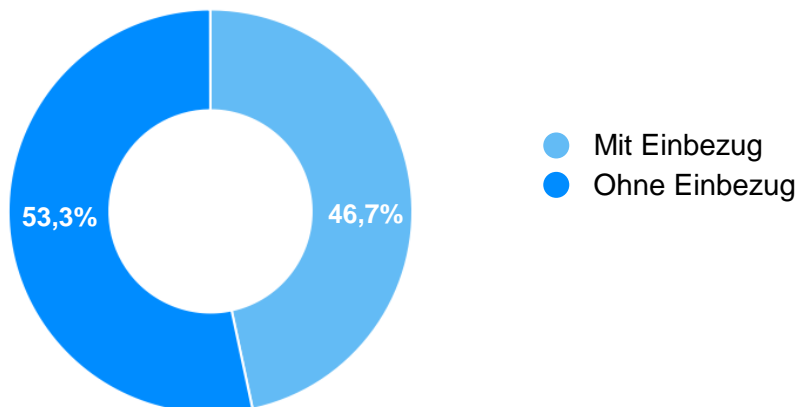
Abbildung 18: Prozentuale Verteilung der befragten Krankenhäuser in einzelnen Prüfquotenkategorien ¹⁸



¹⁸ im ersten Halbjahr 2021 durch den Medizinischen Dienst bei StäB, keine Klinik gab eine Quote von 71-80% an

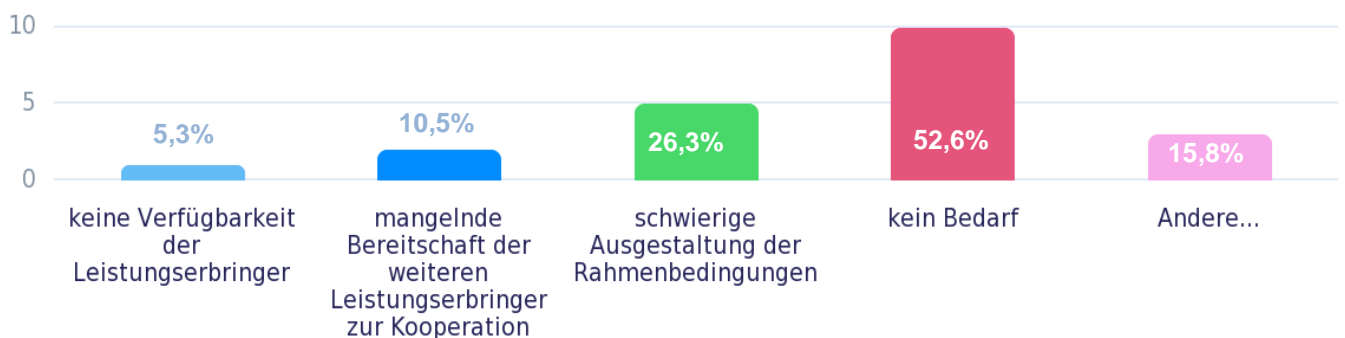
In geeigneten Fällen, bspw. unter dem Aspekt der Behandlungskontinuität, können bei der StäB weitere Leistungserbringer durch Beauftragung in die Behandlung einbezogen werden. Dies kann ein an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmender Leistungserbringer oder ein anderes zur StäB berechtigtes Krankenhaus sein. Knapp die Hälfte der befragten Krankenhäuser (46,7%) gab an, weitere Leistungserbringer im Sinne der Delegation in die StäB einzubeziehen (**Abb. 19**).

Abbildung 19: Anteil der StäB-Kliniken mit und ohne Einbezug weiterer Leistungserbringer in die StäB



StäB-Krankenhäuser, die keine weiteren Leistungserbringer in die StäB einbeziehen, gaben hierfür unterschiedliche Gründe an. Am häufigsten (52,6%) wurde angegeben, dass hierfür kein Bedarf bestand. Ein gutes Viertel (26,3%) gab an, dass sie die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen als schwierig bewerten (**Abb. 20**).

Abbildung 20: Verteilung der Gründe für Nichteinbezug weiterer Leistungserbringer



Zum Abschluss der Befragung wurden die StäB-Krankenhäuser gefragt, welche drei Rahmenbedingungen aus Ihrer Sicht die größten Hürden für die Implementierung von StäB darstellen. Hierbei wurden insbesondere die Herausforderungen mit dem Medizinischen Dienst (hohe Prüfquoten 48,3%) und den Krankenkassen vor Ort (Umfang Dokumentationsanforderungen 44,8%, grundsätzliche Widerstände bei den Vereinbarungen 44,8%) angegeben (**Tab. 10**).

Tabelle 10: Angaben zu den drei größten Rahmenbedingungs-Hürden für die Implementierung von StäB¹⁹

Rahmenbedingung	Anteil der Kliniken, die die jeweilige Rahmenbedingung als eine der drei größten Hürde angegeben haben
hohe Prüfquoten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen	48,3%
der Umfang der Dokumentationsanforderungen	44,8%
grundsätzliche Widerstände bei den Vereinbarungen mit den Krankenkassen	44,8%
Mitarbeitergewinnung	37,9%
täglicher direkter Patientenkontakt	34,5%
Umgang mit interkurrenten Erkrankungen	27,6%
wöchentliche fachärztliche Visite	10,3%
die Regelungen zur Erreichbarkeit	10,3%
Umgang mit Leistungen aus anderen Sozialgesetzbüchern	10,3%
Andere...	10,3%
Vorhandensein einer Indikation für eine vollstationäre Behandlung	0,0%

¹⁹ Mehrfachangaben möglich

3. Kurzzusammenfassung

Der vorliegende Auswertungsbericht zur Befragung der StäB-Krankenhäuser zeigt, dass sich einige Kliniken trotz schwieriger Rahmenbedingungen mit großem Engagement bei der konkreten Ausgestaltung auf den Weg begeben haben, die StäB umzusetzen. Generell ist für den Umsetzungsstand jedoch zu berücksichtigen, dass die Einführung und Umsetzung neuer Versorgungsformen in der Fläche mehrere Jahre bis Jahrzehnte dauern kann. Für jede einzelne Klinik, die StäB umsetzt, entstehen hohe Implementierungsaufwände mit komplexen Umstrukturierungsmaßnahmen, einer regional adaptierten Konzeptentwicklung, intensiven personellen Vorbereitungen und einem gut durchdachten Umsetzungsplan. Diese Aufwände sind nicht kurzfristig zu bewältigen. Ebenso macht sich der allgemeine Fach- und Führungskräfte-mangel beim Aufbau dieser neuen Strukturen bemerkbar. Darüber hinaus wird sich die seit Frühjahr 2020 bestehende Corona-Pandemie auf die Einführung und Umsetzung der StäB erheblich ausgewirkt haben.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen darüber hinaus, dass die Krankenhäuser für die beeinflussbaren Herausforderungen bei der Umsetzung von StäB Lösungen finden. Für beständigen Unmut sorgt jedoch das Verhalten der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes vor Ort, welches mit großer Wahrscheinlichkeit einen nicht unerheblichen Beitrag dazu leistet, dass das StäB-Angebot nicht schon umfangreicher umgesetzt wird. Die hohen Prüfquoten durch den Medizinischen Dienst werden eine abschreckende Wirkung auf noch unentschlossene Krankenhäuser entfalten.