

Stellungnahme der Arbeitsgruppe StäB der DGPPN

und der Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie und des ZfP Reichenau

zu der Veröffentlichung des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen e.V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. :

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

vom 23.12.2021

Vorbemerkung:

Die AG StäB der DGPPN ist eine regelmäßig tagende Arbeitsgruppe aus Vertreter*innen unterschiedlicher Funktionsbereiche der mehr als 50 Kliniken, die aktuell in Deutschland StäB anbieten oder kurz davor stehen.

Die Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie (ZfP Südwürttemberg) mit ihrer Tochterklinik PP.rt und dem eng verbundenen ZfP Reichenau bieten die StäB-Behandlung von Beginn des Jahres 2018 an und verfügen über eine gut ausgebaute eigene Klinikdatenbank. Die Abrechnungsdaten dieser Häuser stellen im Jahre 2018 die Basis für 47 %, 2019 für 24 % und 2020 für 22 % der dem vorgelegten Bericht zugrunde liegenden Behandlungen in der Erwachsenenpsychiatrie.

1. Allgemeine Würdigung des Gemeinsamen Berichtes:

Der Bericht der Selbstverwaltungspartner zur Stationsäquivalenten Behandlung gemäß § 115 d SGB V stützt sich auf die Auswertung der für die Abrechnung der Stationsäquivalenten Behandlung (künftig: StäB) erstellten Daten gemäß § 21 KHEntgG für die Abrechnungsjahre 2018-2020. Diese Daten liegen den Selbstverwaltungspartnern in vergleichbarer Weise für jede Klinik vor. Einzelne Daten wurden in aggregierter Form vom InEK zur Verfügung gestellt. Eine darüber hinausgehende Erhebung oder Datenauswertung wurde im Vorfeld von den Vertreterinnen der Krankenkassen abgelehnt. Die Beschränkung auf die Abrechnungsdaten lässt dementsprechend nur sehr eingeschränkte Aussagen und Schlussfolgerungen zur stationsäquivalenten Behandlung zu. Diese Limitationen sind den Autor*innen zu Beginn des Berichtes noch bewusst (vgl.S.4 Abs2) sie finden jedoch spätestens in Kapitel 3.2. Bewertung des GKV-Spitzenverbandes keine Beachtung mehr.

Die Beschränkung auf die Abrechnungsdaten führt dazu, dass aus dem gesamten Leistungsumfang im Rahmen der StäB-Behandlung lediglich die OPS-kodierten Leistungen erfasst werden. Das komplexe Geschehen im Hintergrund der häuslichen Behandlung, das

wie im stationären Kontext den überwiegenden Anteil des Gesamtaufwandes ausmacht, wird daraus nicht erkennbar.

Verfügbar sind darüber hinaus die für die OPS- Leistungen herangezogenen Berufsgruppen sowie das insgesamt im Durchschnitt der Fälle erlöste tagesbezogene Entgelt.

Die Vergütungsmodalitäten sind jedoch von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich und von daher sind die Durchschnittswerte nur sehr eingeschränkt aussagekräftig.

Die Daten geben dennoch einen gewissen Einblick in die Umsetzung der Stationsäquivalenten Behandlung in den ersten drei Jahren von 2018-2020. Die Daten von 2021 wurden nicht mehr in die Auswertung mit einbezogen. Dies ist bedauerlich, da ein kontinuierlicher Aufwuchs der StäB durchführenden Kliniken und der entsprechenden Fallzahlen und Behandlungstage zu beobachten ist und dies durch die Zahlen des ersten Halbjahres zusätzlich hätte untermauert werden können.

2. Kritische Würdigung einzelner Auswertungsergebnisse

Diagnosespektrum

Erkennbar wird aus den vorliegenden Daten, dass psychisch kranke Menschen jeden Lebensalters und jeder Diagnose in dieser neuen Behandlungsform eine Behandlung erfahren haben. Eine gewisse Schwerpunktbildung bei den Diagnosegruppen F2 und F3 nach ICD 10, den depressiven Erkrankungen und den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist erkennbar und lässt sich durch die in vielen Häusern zunächst in der Abteilung für Allgemeinpsychiatrie angesiedelten StäB-Teams erklären. Regional unterschiedlich und z.T. hausspezifisch gibt es jedoch auch spezialisierte Behandlungsangebote für alle anderen Diagnosegruppen. Zudem erweitert sich in der Regel mit zunehmender Erfahrung und Handlungssicherheit in den StäB-Teams das Diagnosespektrum. Wie im Gesetz und in der Bundesrahmenvereinbarung vom 1.8.2017 vorgesehen, gibt es auch in der realen Umsetzung der StäB keine diagnosebezogene Beschränkung.

Multiprofessionelle Teams

Erkennbar wird der Einsatz des multiprofessionellen Teams aus Ärzt*innen, Psycholog*innen, Spezialtherapeut*innen, Sozialdienstmitarbeitenden sowie Pflegekräften in einer ähnlichen Gewichtung, wie wir sie aus dem stationären Bereich kennen. Etwas über die Hälfte der Teams wird durch Pflegekräfte gestellt, entsprechend sind auch die direkten Leistungen an den Patient*innen mehrheitlich bei dieser Berufsgruppe verortet. Ein Befund, der auch der stationären Realität entspricht.

Behandlungsintensität

Auch die aus den kodierten Leistungen ablesbare Intensität der therapeutischen und pflegerischen Behandlung im direkten persönlichen Kontakt entspricht im Wesentlichen dem, was im stationären Kontext für akut psychisch kranke Menschen gilt. Vielfach sind die Patient*innen aufgrund des Schweregrades ihrer Erkrankung gar nicht in der Lage eine höhere Dichte an direkten Gesprächskontakten pro Tag zu bewältigen und im therapeutischen Sinne gewinnbringend zu verarbeiten. Bezüglich der realen Behandlungsintensität im Einzelfall gibt es abhängig von der Krankheitsphase und der Diagnose sowohl interindividuell als auch (im Verlauf) intraindividuell große Unterschiede. Dies dokumentiert und bestätigt die angestrebte, an die jeweiligen Bedarfe angepasste, Behandlungsintensität.

Therapeutische Aufwände im Hintergrund

Nicht erkennbar wird in der Auswertung der Abrechnungsdaten die Komplexität und Intensität des Geschehens im Hintergrund der häuslich-aufsuchenden Akutbehandlung. Bei einem akuten Krankheitsgeschehen ist eine hohe Dichte an Absprachen zwischen den beteiligten Berufsgruppen des jeweils am Patienten/der Patientin tätigen Teams notwendig. Dies geschieht in den regelmäßigen wöchentlichen Fallkonferenzen aber auch täglich in unterschiedlichen Besprechungs- und Abstimmungsformen, oft anlassbezogen, kurzfristig und bezogen auf akute Entwicklungen mit Handlungsbedarf. Notwendig ist dabei eine hohe Flexibilität auch in der Einsatzplanung des Teams, da auf Krisen oder Behandlungsbedarfe, die aktuell und neu auftreten, zeitnah reagiert werden muss. Abstimmungen mit Behörden, Betreuer*innen, Angehörigen usw. sind weitere wichtige und aufwändige Tätigkeitsbereiche.

Organisatorisch-administrative Aufwände im Hintergrund

Direkt vergleichbar dem stationären Geschehen ist der hohe bürokratische und administrative Aufwand der StäB-Teams und der Klinikverwaltung im Hintergrund. Die Sicherung der Handlungs- und Dokumentationsfähigkeit auch unterwegs auf dem flachen Land erfordert eine angemessene Ausstattung und erzeugt entsprechende Kosten.

Wirtschaftlichkeit

Bei der detaillierten Betrachtung der Verhältnisse, wie sie beispielweise im Rahmen der Budgetverhandlungen vor Ort geschieht, wird rasch deutlich, dass die genannten durchschnittlichen Aufwendungen für StäB im Vergleich zur erbrachten Leistung eher an der

unteren Grenze des Angemessenen angesiedelt sind. Der Aussage der Krankenkassen, es handle sich hier um eine überteuerte Behandlungsform im Vergleich zu anderen Arten der Akutbehandlung kann von daher keinesfalls gefolgt werden. Es wäre nach unserer Erfahrung auch ungewöhnlich, dass die Verhandlungspartner vor Ort einer Abrechnung überhöhter oder unwirtschaftlicher Kosten zustimmen würden.

3. Kritische Würdigung der Bewertung des GKV-Spitzenverbandes

Zu ausgewählten Aspekten der Bewertung des GKV-Spitzenverbandes (Kap.3.2.) soll in der im Text vorliegenden Reihenfolge Stellung bezogen werden:

„...Zudem kommt die StäB als Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld nur für eine sehr kleine Patientengruppe in Frage.....Die meisten krankenhausbearbeitungsbedürftigen Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung profitieren stärker von einer vollstationären Behandlung.“

Diese Positionierung ist mehr als erstaunlich, denn für diese Behauptungen gibt es in den untersuchten Daten keinerlei Hinweise oder gar Nachweise. Welche Patient*innen von welcher Behandlungsform mehr profitieren wurde nicht untersucht - und kann anhand der vorliegenden Daten auch nicht untersucht werden. Nach der klinischen Erfahrung gibt es ganz im Gegenteil nur wenige Ausschlussgründe für eine StäB. Welche der Behandlungsarten in einer akuten Krise hilfreicher ist, stationär oder stationsäquivalent, soll im Rahmen der AKtiV-Studie erstmals (!) in Deutschland erforscht werden. Es gibt dazu bislang keine wissenschaftliche Evidenz. Die internationale Literatur allerdings weist eher auf die Gleichwertigkeit oder Überlegenheit aufsuchender Behandlungsstrukturen hin. Die klinische Erfahrung lässt erwarten, dass mit zunehmender Ausbreitung der neuen Behandlungsform die Sicherheit in ihrer Anwendung wächst und weitere Indikationen erprobt werden. Im Laufe der Jahre und über weitere Studien wird sich dann zeigen für welche Patient*innen genau StäB die überlegene Behandlungsform darstellt, und wo eine stationäre Behandlung überlegen ist. Dass viele der StäB-Patient*innen keinesfalls einer stationären Behandlung zugestimmt hätten, spricht aber schon heute ebenso für sich wie die hohe Zufriedenheit mit dieser Behandlungsform in allen vorliegenden Befragungen.

„Im Vergleich zur vollstationären psychiatrischen Versorgung spielt die StäB-Versorgung bisher erwartungsgemäß eine eher untergeordnete Rolle“

Hingewiesen wird zwar auf die Corona-Pandemie als einen Grund für den noch überschaubaren Ausbau des Behandlungsangebots in der Breite, ebenso wie auf die organisatorischen Herausforderungen. Dass aber, wie viele Klinikträger berichten, die

Krankenkassen selbst auf breiter Front in vielen Bundesländern und bei vielen einzelnen Kliniken massiv gegen eine Umsetzung von StäB eingewirkt haben, wird nicht erwähnt. Die Umsetzung zu behindern und dann aus der geringen Umsetzung zu schließen, dass das Angebot nicht benötigt wird, ist ein unzulässiger Zirkelschluss und erscheint wenig seriös.

Ein Blick in die Historie der psychiatrischen Versorgung mag bezüglich der Umsetzungsgeschwindigkeit neuer Behandlungssettings zur Gelassenheit verhelfen: Auch die tagesklinische Behandlung, die aus der heutigen Versorgungslandschaft nicht wegzudenken ist und von niemandem, auch nicht von Seiten der Krankenkassen, in ihrer Wertigkeit und Notwendigkeit ernsthaft bestritten wird, hat sich langsam entwickelt. Nach ersten vorsichtigen Ansätzen noch Ende der 1960-er Jahre ist die Entwicklung und flächendeckende Ausbreitung insbesondere spezialisierter Tageskliniken bis heute nicht vollständig abgeschlossen und es bestehen weiterhin Versorgungslücken.

„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 der Sicht der GKV-Spitzenverbandes nicht gerecht!“

Auch für diese Bewertung findet sich in den Unterlagen kein Beleg. Im Gegenteil wird die Beteiligung der auch im stationären Kontext tätigen Berufsgruppen bei der aufsuchenden Akutbehandlung überzeugend dokumentiert. Die Zusammensetzung der StäB-Teams entspricht weitestgehend der stationärer Teams.

Als Maß für die Intensität der Behandlung werden die kodierte OPS-Zeiten zugrunde gelegt. Diese bilden im Durchschnitt, über alle Behandlungstage einschließlich dem Wochenende hinweg, die direkte persönliche Behandlung im Einzelkontakt ab. Ein Vergleich mit einer gematchten Stichprobe aus stationären Patient*innen und deren OPS-gestützter Behandlungsintensität wurde vom INEK nicht vorgenommen. Die Behauptung ist also nicht durch Fakten fundiert. Die klinische Erfahrung zeigt über verschiedene Expertenrunden hinweg, dass die StäB-Behandlungsintensität der im stationären Geschehen gleichkommt. Auch die Aussagen von StäB-Patient*innen bestätigen dies.

Zu Inhalt, Komplexität und Flexibilität der Behandlung im Einzelfall und im Gesamten ist aus den Abrechnungsdaten keinerlei Erkenntnis zu schöpfen. Die kassenseitige Bewertung entbehrt auch diesbezüglich jeder Fundierung.

Dass die StäB in der Praxis die Qualitätskriterien und -anforderungen oftmals nicht erfüllt, wird unter anderem auch durch die Analyse des Medizinischen Dienstes gestützt, die den Krankenkassen 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 aufweisen.

Abgesehen davon, dass die Einführung fremder Daten, die weder Teil der Untersuchung waren, noch allen Beteiligten vorliegen, zumindest als irritierend bezeichnet werden kann, müssen diese Angaben inhaltlich massiv bezweifelt werden. Es wird hier eine primäre Fehlbelegungsquote von 20% postuliert! Für diese Behauptung müssen die Krankenkassen die Nachweise vorlegen, sie sind schlicht unglaubwürdig. In den Zentren für Psychiatrie in Südwürttemberg und den angeschlossenen Kliniken wird ein exaktes Monitoring aller vom MD geprüften Fälle durchgeführt. Die genannten Kliniken tragen, wie oben erwähnt, 2019-2020 rund 25 % aller StäB-Fälle in Deutschland bei. Im Jahresdurchschnitt wurden von 2018 - 2021 jeweils rund 20% der StäB-Fälle durch den MDK überprüft. Davon gab es in 19% der Fälle Beanstandungen, meist auf der Basis kleiner formaler Versäumnisse oder Dokumentationsfehlern mit minimalen Abzügen, oft in Form von Vergleichen. Es gibt bis heute keinen einzigen Fall einer bestätigten primären Fehlbelegung!

Auch in einer Blitzumfrage bei 35 StäB-durchführenden Kliniken im März 2022 war den Verantwortlichen aus den vergangenen Jahren kein Fall einer primären Fehlbelegung mit Streichung der Vergütung bekannt.

Der GKV-Spitzenverband ist in seiner Einschätzung diesbezüglich auch nicht konsistent, denn weiter oben im Text wird betätigt:

...., dass es sich in der Mehrzahl der behandelten Fälle um Fälle mit einem erheblichen Schweregrad gehandelt hat,....

Weit über die Aussagefähigkeit der vorliegenden Daten (und über die eigene Kompetenz) hinaus geht auch die prinzipielle Auslassung der Krankenkassen:

„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.“

Eine solche grundlegende Aussage zur Behandlung psychisch Kranker sollte dann doch lieber den dafür ausgebildeten Experten und wissenschaftlichen Fachgesellschaften überlassen werden. Viele Kliniken sind aber sicher gerne bereit, Mitarbeitenden der Krankenkassen ein Praktikum im StäB-Team zu ermöglichen. Damit könnte die laienhafte Vorstellung von Behandlungsbedürftigkeit und settingabhängiger Behandlungsmöglichkeit voraussichtlich rasch korrigiert werden.

„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 auf einem sehr hohen Niveau liegen“

StäB ist vom Gesetzgeber als in jeder Hinsicht gleichwertige Alternative neben die stationäre Behandlung gestellt worden. Voraussetzung für die StäB ist eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit. Davon ausgehend kann es nicht überraschen, wenn die Kosten für StäB auch zumindest annähernd den stationären Behandlungskosten entsprechen. Dem Wirtschaftlichkeitsgebot wird mit der StäB entsprochen.

Zusammenfassend zeigt sich zu unserem Bedauern die Bewertung des GKV-Spitzenverbandes weniger an den Fakten des vorgelegten Berichtes orientiert sondern an Vorannahmen, nicht belegten Behauptungen und allgemeinen fachlichen Aussagen. Der GKV-Spitzenverband führt damit die seit 2017 in allen Gremien, Verhandlungen und Verlautbarungen erkennbare Tendenz der Krankenkassen fort, die vom Gesetzgeber mit guten Gründen eingeführte neue Form der Akutbehandlung psychisch kranker Menschen durch StäB zu behindern, die Umsetzung vor Ort zu verzögern und den weiteren Ausbau zu bremsen. Wir sind überzeugt, dass dies nicht zum Besten ihrer Versicherten / unserer Patient*innen dient.

Reutlingen den 28.3.2022

gez.

Prof. Dr. med. Gerhard Längle

Sprecher AG StäB der DGPPN

Geschäftsführer PP.rt Reutlingen

Leiter Zentralbereich Pflege und Medizin ZfP Südwürttemberg

Weiterführende Literatur:

Stationsäquivalente Behandlung: Konzepte, Erfahrungen und Perspektiven: Themenheft
Nervenheilkunde 2020; 39:693-772

Baumgardt* J, Schwarz* J, von Peter S et al. (2021). Implementation, efficacy, costs and processes of inpatient equivalent home-treatment in German mental health care (AKtiV): protocol of a mixed-method, participatory, quasi-experimental trial. BMC Psychiatry, 21(1): 173.

Gottlob M, Holzke M, Raschmann S, Bechdorf A, Borbé R, Brieger P, Driessen M, Horter H, Weinmann S, Längle G. Stationsäquivalente Behandlung – Wie geht das? Umsetzungsstrategien aus acht psychiatrischen Fachkliniken und –abteilungen in Deutschland. Psychiatr Prax. eFirst, 20.05.2021. doi: 10.1055/a-1406-7141.

Weinmann, S., Spiegel, J., Baumgardt, J., Bühling-Schindowski, F., Pfeiffer, J., Kleinschmidt, M., & Bechdorf, A. (2021). Stationsäquivalente Behandlung (StäB) im Vergleich mit vollstationärer Behandlung: 12-Monats-Follow-up einer gematchten Kohortenstudie. Psychiatr Prax eFirst, 21.10.2021

Bechdorf A, Bühling-Schindowski F, Nikolaidis K. et al. Evidenz zu aufsuchender Behandlung bei Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz – eine systematische Übersichtsarbeit. Der Nervenarzt 2021; DOI: 10.1007/s00115-021-01143-8: 1-11.

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

GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. „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“. 23.12.2021

S.Raschmann, E.Götz, D.Hirscek, G.Längle. StäB-Wie zufrieden sind die Patient*innen mit der neuen Behandlungsform? Kurze Originalarbeit Psychiatrische Praxis 2022; 49: 46-50

Längle G, Holzke M, Gottlob M, Raschmann, S. Psychisch Kranke zu Hause versorgen: Handbuch zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB), 2. erw. & überarb. Aufl. Kohlhammer (2022)