Deutscher Bundestag **Drucksache 19/12850**

19. Wahlperiode 27.08.2019

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Gemeinsamer Bericht zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 23. August 2019 gemäß § 17d Absatz 4 Satz 10 des Krankenhausgesetzes.

Gemeinsamer Bericht zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 4 Satz 8 KHG

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

28.06.2019

Vorwort

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) kommen mit vorliegendem Bericht ihrer gesetzlichen Pflicht nach, die Auswirkungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik, die ersten Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem sowie die Information über die Anzahl und ersten Erkenntnisse zu den Modellvorhaben nach § 64b SGB V darzustellen.

Der Bericht gibt zunächst einen kurzen Überblick über die Einführung des neuen Entgeltsystems und fasst sodann die bisherigen Erkenntnisse aus der PEPP-Begleitforschung sowie der PEPP-Katalogentwicklung zusammen. Mit der Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems wurden weitergehende Impulse für andere Bereiche, wie die Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V oder Modellvorhaben nach § 64b SGB V gegeben. Aus diesem Grund wurden diese Themen in dem Bericht mitberücksichtigt. Der Bericht geht zudem auf die Erkenntnisse aus der gesetzlich verpflichtenden Umsetzung der Psych-PV-Nachweise ein.

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG wurde des Weiteren den Fachverbänden der Psychiatrie und Psychosomatik die Möglichkeit der Stellungnahme gegeben. Die Stellungnahmen sind dem Bericht beigefügt.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde das PEPP-Entgeltsystem in seiner Struktur und Umsetzung weitreichend überarbeitet. Der Bericht beschreibt den derzeitigen Erkenntnisstand.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis IV
Abbildungsverzeichnis VI
Tabellenverzeichnis VI
1. Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen 1
2. Anwendungserfahrungen und Auswirkungen des neuen Entgeltsystems 5
2.1 Erkenntnisse aus der Begleitforschung nach § 17d Absatz 8 KHG 5
2.1.1 Gesetzlicher Hintergrund 5
2.1.2 Inhalt und Umsetzung 5
2.1.3 Ergebnisse 8
2.1.4 Datenzugang Forschungsergebnisse 12
2.2 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 13
2.2.1 Hintergrund 13
2.2.2 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2013 14
2.2.3 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2014 15
2.2.4 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2015 15
2.2.5 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2016 16
2.2.6 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2017 17
2.2.7 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2018 17
2.2.8 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2019 17
2.2.9 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) gemäß § 115d SGB V 18
3. Psychiatrische Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V 20
3.1 Gesetzlicher Hintergrund 20
3.2 PIA-Prüfauftrag und PIA-Dokumentation 21
3.3 Vereinbarungen und Vergütung 21
3.4 Erste Ergebnisse 22
3.5 Erweiterung der PIA-Dokumentation 28
4. Erkenntnisse aus den Nachweisen zur Personalausstattung 29
4.1 Gesetzlicher Hintergrund 29
4.2 Inhalte und Umsetzung der Nachweise 29
4.3 Erste Ergebnisse der Psych-PV-Nachweise 31
4.3.1 Umsetzungsgrad 31
4.3.2 Realisierungsgrad 34
4.3.3 Zweckentsprechende Mittelverwendung 37

5. Erkenntnisse zu den Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V 39
5.1 Gesetzlicher Hintergrund 39
5.2 Ziele der Modellvorhaben 39
5.3 Übersicht der Modellvorhaben 40
5.4 Finanzierung der Modellvorhaben 46
5.5 Gesetzliche Evaluation gemäß § 65 SGB V 47
5.5.1 Erläuterung 47
5.5.2 Ergebnisse – Zwischenstand 48
5.6 Evaluationen aus der Perspektive der Krankenhäuser zu den Modellprojekten gemäß § 64b SGB V 50
5.6.1 Hintergrund 50
5.6.2 Erste zusammenfassende Ergebnisse 51
6. Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik 53
7. Fazit 54
7.1 Bewertung des GKV-Spitzenverbandes 54
7.2 Bewertung der DKG 59
Anhang 64

Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPflV	Bundespflegesatzverordnung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
ET	Ergänzende Tagesentgelte
G-BA	Gemeinsamer Bundesauschuss
GKV-FQWG	GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik
PIA	Psychiatrische Institutsambulanzen
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherung
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
PsychEntgG	Psychiatrie-Entgeltgesetz
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen

RPB	Regionales Psychiatriebudget
SGB	Sozialgesetzbuch
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
TGPS	Tagesgleiche Pflegesätze
VK	Vollkraft

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einführungsphasen ... 3
Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl an Krankenhäuser mit Anwendung von PEPP ... 4
Abbildung 3: Datenquellen der Forschungszyklen im Rahmen der Begleitforschung ... 7
Abbildung 4: Verteilung der Patienten nach Behandlungssetting ... 28
Abbildung 5: Relevante Kennzahlen für die Stellenbesetzung ... 30
Abbildung 6: Häufigkeitsverteilung der Krankenhäuser bezogen auf den Umsetzungsgrad in %, 2017 ... 32
Abbildung 7: Umsetzungsgrad – Gesamt und nach Berufsgruppen, 2017 ... 34
Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung der Krankenhäuser bezogen auf den Realisierungsgrad in %, 2017 ... 36
Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung der Krankenhäuser bezogen auf die zweckentsprechende Mittelverwendung in %, 2017 ... 38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Grunddaten PIA ... 23
Tabelle 2: Behandlungstage nach Leistungsschlüsseln ... 24
Tabelle 3: Leistungsumfang PIA ... 25
Tabelle 4: Ambulante und stationäre Behandlung – Berechnungstage ... 26
Tabelle 5: Ambulante und stationäre Behandlung – Anzahl der Patienten und Fälle ... 27
Tabelle 6: Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen, 2017 ... 31
Tabelle 7: Prozentuale Verteilung der Umsetzungsgrade, 2017 ... 33
Tabelle 8: Realisierungsgrad der notwendigen Stellenbesetzung in der Vereinbarung über alle Krankenhäuser, 2017 ... 34
Tabelle 9: Prozentuale Verteilung der Realisierungsgrade, 2017 ... 36
Tabelle 10: Übersicht Zweckentsprechende Mittelverwendung, 2017 ... 37
Tabelle 11: Prozentuale Verteilung der zweckentsprechenden Mittelverwendung, 2017 ... 38
Tabelle 12: Anzahl an Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V nach Bundesländern ... 40
Tabelle 13: Übersicht über die Modellvorhaben nach § 64b SGB V, Stand: 01/2019 ... 42

Inklusionsverweis

In dem folgenden Bericht wird aus Gründen der Lesbarkeit ausschließlich die männliche Schreibweise verwendet. Sie bezieht sich auf Personen aller Geschlechter.

1. Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

GKV-Spitzenverband, PKV und DKG wurden im Jahr 2009 im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) gemäß § 17d KHG vom Gesetzgeber mit der Entwicklung und Einführung eines leistungsorientierten pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) beauftragt. Ziel war es, mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung und mehr Leistungsgerechtigkeit der Vergütung zu erreichen.

Am 30.11.2009 schlossen die Selbstverwaltungspartner entsprechend eine Vereinbarung[1] über die Grundstrukturen des PEPP-Entgeltsystems. Im Rahmen einer Ergänzungsvereinbarung[2] wurden die konkreten Eckpunkte des neuen Entgeltsystems festgelegt.

Mit dem Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz) vom 21.07.2012 wurde erstmals die Finanzwirkung des Systems mit einer budgetneutralen Einführung und der Konvergenz hin zu landeseinheitlichen Preisen geregelt. Die Einführung des neuen Entgeltsystems unterteilte sich in eine freiwillige und verpflichtende budgetneutrale Phase sowie eine Konvergenzphase, in der eine Anpassung des bis dato verhandelten krankenhausindividuellen Basisentgeltwerts an einen Landesbasisentgeltwert erfolgen sollte.

Da der erste PEPP-Entgeltkatalog für 2013 von den Selbstverwaltungspartnern nicht vereinbart wurde, ist dieser per Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erlassen worden. In den Folgejahren wurden die PEPP-Kataloge jeweils durch die Selbstverwaltungspartner vereinbart.

Die freiwillige Anwendung von PEPP begann zum 01.01.2013 und war ursprünglich bis zum Jahr 2015 vorgesehen. Diese wurde durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) um zwei weitere Jahre verlängert.

Die Einführung des PEPP-Systems wird seit Beginn von Akzeptanzproblemen seitens der Krankenhäuser, von Teilen der Mitarbeiter in den Einrichtungen und vieler Fachverbände begleitet. Die Kritik

[1] Vgl. Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG (Psych-Entgeltsystem) vom 30.11.2009.

[2] Vgl. Ergänzungsvereinbarung vom 16.03.2012 zur Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG (Psych-Entgeltsystem) vom 30.11.2009.

der Betroffenen wurde von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene im Jahr 2014 mit der Vereinbarung zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen[3] aufgegriffen. Mit dieser Vereinbarung wurde die Systematik der Berechnung der verweildauerabhängigen Bewertungsrelationen der PEPP-Entgelte grundlegend angepasst, die Abrechnungsfähigkeit des Entlassungstages und Ergänzende Tagesentgelte (ET) eingeführt.

Der Gesetzgeber hat mit dem 2016 in Kraft getretenen PsychVVG das Ziel von landeseinheitlichen Preisen verlassen und durch ein neues Budgetsystem ersetzt, um die Verhandlungsparteien auf der Ortsebene zu stärken. Die verpflichtende Anwendung wurde um ein weiteres Jahr verschoben. Der Gesetzgeber hält an dem Ziel der Leistungstransparenz und einer leistungsorientierten Weiterentwicklung der krankenhausindividuellen Budgets fest. Zur Unterstützung der Verhandlungsparteien auf der Ortsebene wird ab dem Jahr 2020 ein leistungsbezogener Krankenhausvergleich auf Grundlage der PEPP-Entgelte eingeführt.

Der Gesetzgeber sieht in diesem Zusammenhang Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten vor, die nicht bereits mit den PEPP-Entgelten sachgerecht vergütet werden. Damit soll den unterschiedlichen regionalen und strukturellen Besonderheiten Rechnung getragen und deren gesonderte Vergütung auch im Krankenhausvergleich berücksichtigt werden. Wenn im Rahmen des Vergleichs Anpassungen des leistungsgerechten Budgets notwendig werden, können die Vertragsparteien Anpassungsvereinbarungen abschließen, um so eine mehrjährige Anpassung an die neuen Gegebenheiten für beide Seiten zu ermöglichen.

Die Einzelheiten zum leistungsbezogenen Krankenhausvergleich haben die Vertragsparteien auf Bundesebene in der Psych-Krankenhausvergleichs-Vereinbarung[4] geregelt.

Seit dem 01.01.2018 ist die Anwendung des PEPP-Systems im Rahmen der Budgetvereinbarung verpflichtend. Ab 01.01.2019 erfolgt die Abrechnung unabhängig von der Budgetvereinbarung verpflichtend über PEPP-Entgelte. Bis Ende 2019 erfolgt die Anwendung weiterhin unter budgetneutralen Bedingungen und auf Basis der Vorschriften der bisherigen Bundespflegesatzverordnung (BPflV).

Zum 01.01.2020 treten die neuen Vorschriften für die Budgetvereinbarungen in Kraft, wobei zeitgleich die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) durch die Mindestpersonalanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) abgelöst werden.

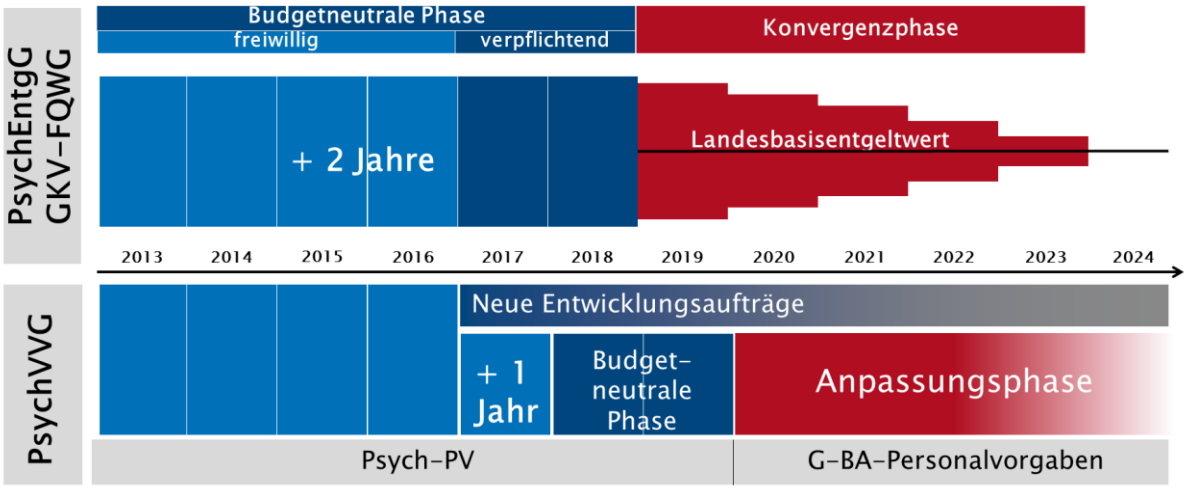
---

[3] Vereinbarung zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG vom 01.04.2014.

[4] Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 9 BPflV zu den näheren Einzelheiten des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4 BPflV (Psych-Krankenhausvergleichs-Vereinbarung) vom 13.03.2019.

Die folgende Abbildung 1 gibt in einer Übersicht die zeitliche und inhaltliche Entwicklung des PEPP-Systems entsprechend den gesetzlichen Vorgaben wieder.

Abbildung 1: Einführungsphasen



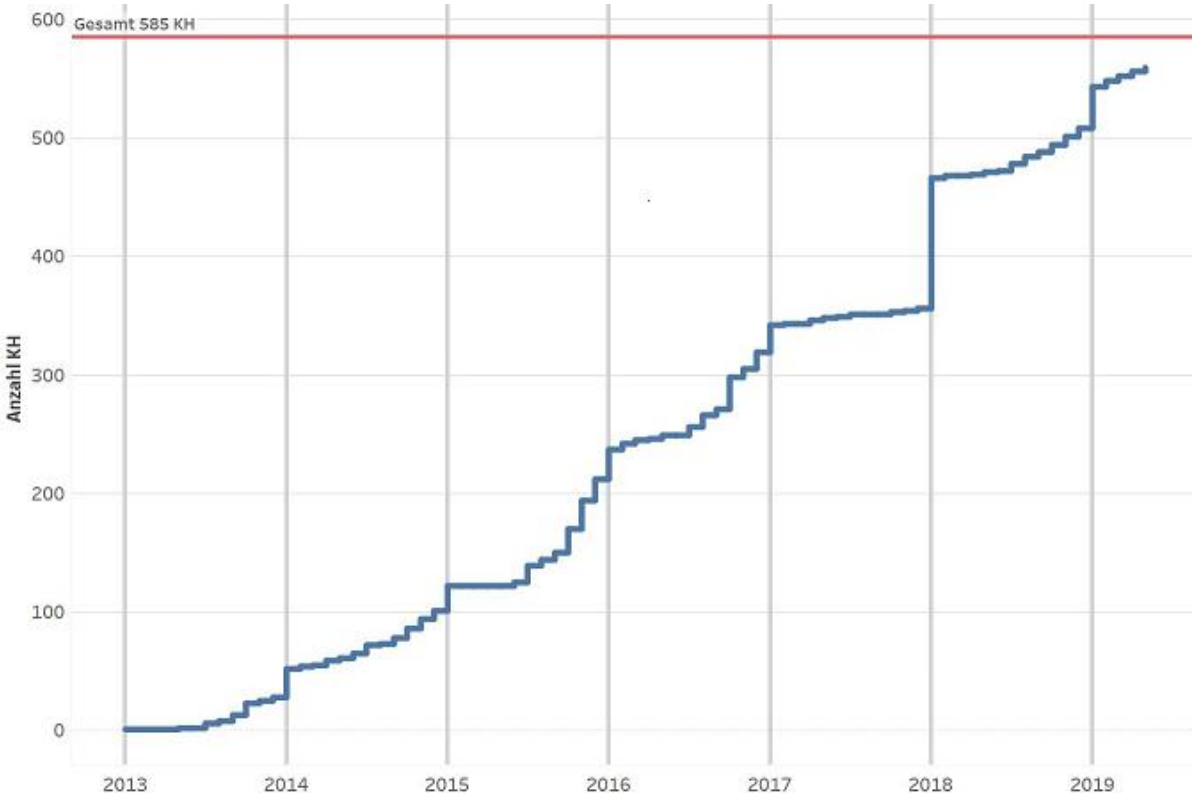
Quelle: Eigene Darstellung.

Das PEPP-System ist als lernendes System konzipiert, sodass leistungs-, struktur- oder kostenbezogene Veränderungen in den Entgeltkatalogen berücksichtigt werden. Die Leistungs- und Strukturdaten werden mittels Vollerhebung der Abrechnungsdaten aller Krankenhäuser erfasst, wohingegen die Kostendaten im Rahmen einer Teilerhebung über Kalkulationskrankenhäuser ermittelt werden.

Mit der Entwicklung und Weiterentwicklung der Entgeltkataloge wurde das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) von den Selbstveraltungspartnern beauftragt. Durch das InEK wurde auch ein Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstands bei der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems etabliert. Im Rahmen dieses „Strukturierten Dialogs“ können grundsätzlich alle Beteiligten Änderungsvorschläge einbringen.

Bis Anfang 2018 waren 80 % der Krankenhäuser (466 von 585) auf PEPP umgestiegen. Ab Januar 2019 erfolgt die Abrechnung verpflichtend mit PEPP-Entgelten. Zu diesem Zeitpunkt haben 93 % der Krankenhäuser (543 von 585) einen vereinbarten krankenhausbezogenen Basisentgeltwert. Bei den restlichen Krankenhäusern erfolgt die Abrechnung ebenfalls über PEPP-Entgelte aber unter Anwendung eines vorläufigen Ersatzbetrages für den Basisentgeltwert.

Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl an Krankenhäuser mit Anwendung von PEPP



Quelle: Abrechnungs- und Vereinbarungsdaten der Krankenkassen, Stand: 06/2019.

2. Anwendungserfahrungen und Auswirkungen des neuen Entgeltsystems

2.1 Erkenntnisse aus der Begleitforschung nach § 17d Absatz 8 KHG

2.1.1 Gesetzlicher Hintergrund

Der Gesetzgeber hat die Selbstverwaltungspartner gemäß § 17d Absatz 8 KHG dazu verpflichtet mit der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durchzuführen. Zu untersuchen sind dabei auch die Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen.

2.1.2 Inhalt und Umsetzung

Zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags der Begleitforschung erfolgte die Ausschreibung eines Forschungsauftrages, für den das Hamburg Center for Health Economics (hche) sowie das BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit den Zuschlag erhielten. Die Umsetzung der Begleitforschung erfolgt in Abstimmung mit den Selbstverwaltungspartnern, dem InEKs sowie dem BMG. Ausgangspunkt des mit der Ausschreibung zu vergebenen Auftrags zur Durchführung einer Begleitforschung waren die Ergebnisse einer von den Vertragsparteien in Auftrag gegebenen Vorstudie. In dieser wurden auf der Basis von Expertengesprächen, einer Literaturrecherche zu nationalen und internationalen Erfahrungswerten sowie der Analyse der Situation vor der Einführung des Entgeltsystems Forschungsfragen identifiziert und daraus entsprechende Forschungsfragenmodule entwickelt.

Für die Begleitforschung wurden sodann mittels einer Leistungsbeschreibung die zu erhebenden Indikatoren, die Datenquellen, die Datenhalter, der Differenzierungsgrad, der Berichtszeitraum sowie mögliche Störvariablen spezifiziert. Die Fragen umfassen die folgenden Themenblöcke:

- Evaluation der konkreten Ziele der Umstellung des Vergütungssystems
- Veränderungen im Krankenhaussektor
- Qualität
- Veränderungen bei Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen
- Auswirkungen auf andere Sektoren/Versorgungsbereiche und mögliche Verlagerungseffekte
- Fallprüfungen
- Evaluation von Transparenz und Akzeptanz des Vergütungssystems

Innerhalb der Themenblöcke sind die einzelnen Forschungsfragen jeweils einem der folgenden Forschungsmodule zugeordnet:

- Vergütungsgerechtigkeit
- Versorgungsstrukturen
- Leistungsstrukturen
- Personalstruktur
- Kostenstruktur
- Behandlungsprozess
- Dokumentation/Kodierung
- Prozess-, Ergebnis- und Strukturqualität
- Auswirkungen auf stationäre Versorgungsformen
- Auswirkungen auf den Rehabilitationssektor
- Auswirkungen auf den ambulanten Sektor
- Auswirkungen auf den komplementären Bereich
- Organisations-, Verwaltungs- und IT-Strukturen der Krankenhäuser, Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen
- Modellprojekte
- Fallprüfungen
- Transparenz und Akzeptanz

Zur Beantwortung der Forschungsfragen werden sowohl Primär- als auch Sekundärdaten verwendet. Die Primärdatenanalyse basiert auf Befragungen stationärer Einrichtungen, Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), Landesbehörden, sozialpsychiatrischer Dienste sowie Befragungen wesentlicher Akteure im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich. Für die Sekundärdatenanalyse werden Daten nach § 21 KHEntgG, Daten des Statistischen Bundesamtes, Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen nach §§ 295 und 301 SGB V, Daten der KJ1-Statistik sowie Daten zu Modellvorhaben nach § 64b SGB V und NUB-(Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden-)Daten verwendet.

Die Umsetzung der Begleitforschung erfolgt in insgesamt drei Forschungszyklen, die zyklisch angelegt sind. Es sollen somit Veränderungen über eine Zeitreihe hinweg beobachtet werden können.

Die folgende Abbildung verdeutlicht, welche Daten in welchem Forschungszyklus verwendet werden.

Abbildung 3: Datenquellen der Forschungszyklen im Rahmen der Begleitforschung

Tabelle 3.1.: Datenquellen und Auswertungen in den drei Forschungszyklen

	Datenquelle	Berichtszeitraum 2011-2012	2013-2015	2016-2018
Primärdaten (Befragung)	Krankenhäuser	✗	✓	✓
	Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen	✗	✓	✓
	Landesbehörden (zuständig für Krankenhausplanung)	✓	✓	✓
	Landesgesundheitsbehörden und Landesjustizministerien	✓	✓	✓
	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	✗	✓	✓
	Sozialpsychiatrische Dienste	(✓)	(✓)	✓
	Wesentliche Akteure im Psych-Bereich	✓	✗	✗
Sekundärdaten (Routinedaten)	§ 21 KHEntgG	✓	✓	✓
	§ 295 SGB V	(✓)	✓	✓
	§ 301 SGB V	(✓)	✓	✓
	Destatis - Grunddaten der Krankenhäuser	✓	✓	✓
	Destatis - Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	✓	✓	✓
	Destatis - Kostennachweis der Krankenhäuser	✓	✓	✓
	GKV Basisentgeltwerte	✗	✓	✓
	GKV-Frequenzstatistik	(✓)	✓	✓
	KJ1-Statistik	✓	✓	✓
	Meldungen nach § 64b Abs. 3 SGB V	✗	✓	✓
	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)	✗	✗	✓

✓ =Auswertung vorgesehen; ✗ =Auswertung nicht vorgesehen; () =nicht für Analyse verfügbar.

Quelle: Endbericht des 1. Forschungszyklus der Begleitforschung.

Nach einer Nullpunktmessung für die Datenjahre 2011 bis 2012 (vor der freiwilligen Einführung von PEPP), erfolgte die Umsetzung des ersten Forschungszyklus mit der zusätzlichen Analyse der Datenjahre 2013 bis 2015. Aktuell erfolgt die Datenerhebung und -analyse für den 2. Forschungszyklus mit den zusätzlichen Datenjahren 2016 bis 2018.

Die Daten der Nullpunktmessung wurden rein deskriptiv ausgewertet (Entwicklung von 2011 auf 2012). Diese Daten ermöglichen keinen Rückschluss auf die Auswirkungen von PEPP, da die freiwillige Einführung erst ab 2013 erfolgte. Sie dienen jedoch als Vergleichsdaten für die inferenzstatistischen Auswertungen im Rahmen des 1. und 2. Forschungszyklus, in denen die Entwicklung der

Indikatoren in den jeweiligen Jahren als auch die Entwicklung vor und nach Einführung von PEPP betrachtet wird. Für den Vergleich werden die optierten mit den nichtoptierten Krankenhäusern in den Jahren der beiden Forschungszyklen verglichen sowie ein Vergleich mit den Daten der Vorjahre vorgenommen. Das heißt, es werden die Daten vor Einführung von PEPP unterteilt in die Daten der Krankenhäuser, die optiert haben, und die Daten der Krankenhäuser, die nicht optiert haben.

2.1.3 Ergebnisse

Die vollständigen Ergebnisse finden sich in den Forschungsberichten zur Nullpunktmessung und zum 1. Forschungszyklus (vgl. Anhang 1).

2.1.3.1 Nullpunktmessung

Die Auswertungen der Nullpunktmessung umfassen 31 Indikatoren sowie die Ergebnisse der Befragungen im Rahmen der Primärdatenerhebung. Die Befragung beschränkt sich im Rahmen der Nullpunktmessung auf die Landesbehörden, die sozialpsychiatrischen Dienste und wesentliche Akteure im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich. Der Bericht der Nullpunktmessung gibt eine intertemporale Veränderung der festgelegten Indikatoren zwischen den Datenjahren 2011 und 2012 wieder.[5] Alle Ergebnisse der Nullpunktmessung sind dem zugehörigen Abschlussbericht der Begleitforschung zur Nullpunktmessung zu entnehmen.

2.1.3.2 Erster Forschungszyklus

Die Ergebnisse des 1. Forschungszyklus umfassen a) die Auswertung der Primär- und Sekundärdaten für die Datenjahre 2013 bis 2015 für den Vergleich optierte vs. nicht-optierte Krankenhäuser sowie b) die Analyse des Unterschieds zwischen den Jahren 2011 bis 2012 (vor PEPP-Einführung) und den Jahren 2013 bis 2015 (nach PEPP-Einführung). Zwischen 2013 und 2015 haben 210 Häuser optiert.

Die folgende Zusammenfassung der Ergebnisse des Vergleichs entstammt dem Endbericht der Begleitforschung zum 1. Forschungszyklus (vgl. Anhang 1)**.** Die Ergebnisse sind thematisch sortiert. Neben der rein deskriptiven Ergebnisdarstellung wird mit Hilfe inferenzstatistischer Methoden versucht, Zusammenhänge zwischen Veränderungen in den Indikatoren und der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems zu identifizieren.

[5] Vgl. Begleitforschung zu den Auswirkungen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, Auftrag nach § 17d Abs. 8 KHG, Endbericht für die Datenjahre 2011-2012, 02.02.2018.

Veränderungen des Zugangs:

Die Ergebnisse der durchgeführten Sekundärdatenanalysen für den Zeitraum vor und nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems zeigen ein gemischtes Bild in Bezug auf die Veränderung des Zugangs zur psychiatrischen Versorgung in Deutschland. Im Beobachtungszeitraum ist die Anzahl leistungserbringender Psych-Krankenhäuser moderat angestiegen. Zusammen mit dem ebenfalls beobachteten leichten Rückgang des Anteils vollstationärer Fälle, die in einem psychiatrischen/ psychosomatischen Krankenhaus außerhalb der bezeichneten Pflichtversorgungsregion behandelt wurden, könnte dies als Hinweis für einen verbesserten Zugang zu einer wohnortnahen Versorgung gesehen werden. Die Entfernung der kürzesten Fahrstrecke zwischen Wohn- und Behandlungsort lässt ebenfalls Rückschlüsse darauf zu, ob eine wohnortnahe Versorgung gewährleistet ist. Die Analyse zeigt, dass die Entfernung, die von PatientInnen vom Wohn- zum Behandlungsort zurückgelegt wurde, über den gesamten Beobachtungszeitraum um insgesamt 9,6 Prozent zugenommen hat. Da dies aber auch mit dem überproportionalen Wachstum der Fallzahlen in der Psychosomatik begründet sein könnte, kann keine unmittelbare Einschränkung im Zugang zur Versorgung abgeleitet werden. Zum aktuellen Stand der Auswertungen kann daher keine, im zeitlichen Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystem stehende, Veränderung des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung konstatiert werden.

[uszug aus dem Bericht zum 1. Forschungszyklus, Kurzfassung, Seite iv, Langfassung in Kapitel 4]

Veränderungen der Strukturen:

Die Ergebnisse der durchgeführten Analysen deuten auf eine strukturelle Konstanz in den stationären Versorgungsstrukturen hin. Dies betrifft u. a. die Anzahl bzw. die relative Häufigkeit von Krankenhäusern mit einer psychiatrischen Institutsambulanz. Die empirische Untersuchung der komplementären und ambulanten Versorgung zeigt darüber hinaus ein generell steigendes Behandlungsvolumen im psychiatrischen Versorgungsbereich. Steigenden Fallzahlen sowie die Zunahme der Kontakte zu psychiatrischen Institutsambulanzen deuten zumindest auf eine Steigerung der Behandlungsquantität in Einrichtungen der stationsnahen ambulanten Versorgung hin. Dies ist besonders deshalb bemerkenswert, weil die Anzahl der Krankenhäuser mit mindestens einer PIA im gleichen Zeitabschnitt fast unverändert geblieben ist. Allerdings kann weder die Entwicklung der Zahl vollstationärer Psych-Fälle (s. Kapitel 6) noch die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer (s. Kapitel 7) eine derartig deutliche Entwicklung erklären. Insofern ist davon auszugehen, dass das Behandlungsangebot eher ausgeweitet wurde, als dass eine Verschiebung zwischen dem stationären und dem ambulanten Versorgungsbereich stattgefunden hat. Auf Basis der vorliegenden empirischen Analysen ist damit kein durch die Einführung des PEPP-Entgeltsystems ausgelöster Effekt auf die Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung messbar.

[uszug aus dem Bericht zum 1. Forschungszyklus, Kurzfassung, Seite iv-v, Langfassung in Kapitel 5]

Veränderungen der Fallzahl:

Die Ergebnisse der empirischen Analyse deuten darauf hin, dass die beobachteten Veränderungen in der Fallzahl und der Anzahl behandelter PatientInnen wahrscheinlich nicht auf die Einführung des PEPP-Entgeltsystems zurückzuführen sind. Nachdem beide Indikatoren sowohl bei Krankenhäusern, die freiwillig nach PEPP abrechnen, als auch bei Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen, im Zeitraum von 2013 bis 2015 (also nach der optionalen Einführung des PEPP-Entgeltsystems) im Vergleich zum Zeitraum von 2011 bis 2012 (vor der Einführung) statistisch signifikant höher sind, scheinen vielmehr eine veränderte Nachfrage nach Krankenhausleistungen oder Änderungen in den medizinischen Behandlungsmethoden unabhängig von der Einführung des PEPP-Entgeltsystems zu einer Veränderung in der Anzahl der Fälle bzw. der Anzahl der PatientInnen geführt zu haben.

[uszug aus dem Bericht zum 1. Forschungszyklus, Kurzfassung, Seite vi, Langfassung in Kapitel 6]

Veränderungen der Behandlung:

Im Rahmen der Auswertungen wurde ein leichter Anstieg sowohl des Anteils der Regel- als auch der Intensivbehandlungstage an allen Behandlungstagen im Zeitraum von 2013 bis 2015 nachgewiesen. Jedoch konnte kein Unterschied zwischen den PEPP- und den TGPS-Häusern gezeigt werden. Auf Basis dieser Analyse lässt sich daher kein Zusammenhang zwischen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems und Veränderungen im Behandlungsspektrum ableiten. Ein deskriptiv-statistisch beobachteter Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer über den gesamten Beobachtungszeitraum konnte mit Hilfe inferenzstatistischer Methoden ebenfalls nicht bestätigt werden. Da sich die Gruppe der PEPP-Optionshäuser und die TGPS-Vergleichsgruppe schon im Ausgangsniveau der Verweildauern unterscheiden, ist ein Selektionseffekt bei der Optierung für die PEPP-Abrechnung wahrscheinlich. Insofern hat die Einführung des PEPP-Entgeltsystems keine Veränderung bei der Behandlung von PatientInnen ausgelöst. Dies gilt sowohl in Bezug auf das Behandlungsspektrum als auch in Bezug auf Veränderungen in den analysierten Behandlungsprozessen.

[uszug aus dem Bericht zum 1 Forschungszyklus, Kurzfassung, Seite v, Langfassung in Kapitel 7]

Veränderungen der Kodierung:

Die beobachteten Veränderungen in der Kodierung sind wahrscheinlich auf die Einführung des PEPP-Entgeltsystems zurückzuführen. So sind das Verhältnis der Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung und die Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen im Beobachtungszeitraum gefallen. Der Anteil der Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen ist zwischen 2011 und 2015 um ca. 11,0 Prozentpunkte gestiegen. Da dieser Anstieg in der Zahl der Nebendiagnosen wahrscheinlich nicht auf Änderungen in der Prävalenz von Begleiterkrankungen zurückgeht, liegt es nahe, dass der Anstieg auf eine Veränderung des Kodierverhaltens, d. h. auf eine ausführlichere Kodierung, zurückzuführen ist. Im Rahmen der strukturierten Literaturrecherche zeigte sich bei der überwiegenden Anzahl der gefundenen Studien, dass die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems zu Veränderungen im Kodierverhalten führt. Obwohl die Einführung des PEPP-Entgeltsystems bislang weder verpflichtend noch budgetwirksam war, ist es nachvollziehbar, dass Krankenhäuser bereits im Vorfeld der verpflichtenden Einführung die Kodierung der entsprechenden Fälle sukzessive verbessern.

[uszug aus dem Bericht zum 1. Forschungszyklus, Kurzfassung, Seite v-vi, Langfassung in Kapitel 8]

Veränderungen der Qualität:

Unterschiede in den Prozess- und Strukturqualitätsmerkmalen zwischen den Einrichtungen, die zwischen 2013 und 2015 optiert bzw. nicht optiert haben, fallen überwiegend gering aus. Dies betrifft beispielsweise Unterschiede bei der Erfüllung und Ausfinanzierung des Personalbedarfs (gem. Psych-PV), sowie bei den klinischen Abläufen (z. B. beim Aufnahmeprozess, bei klinischen Behandlungspfaden, bei Fallkonferenzen und Teamsitzungen). Bei der Entlassung von Patienten treten hingegen Unterschiede zwischen PEPP-Optionshäusern und TGPS-Häusern auf: So wird ein Entlassmanagement (gem. § 39 SGB V) in den Optionshäuser sehr viel häufiger angewendet als in den Nicht-Optionshäusern. Dieser Unterschied findet sich durchgängig bei der Überleitungspflege und der unterstützten Beschäftigung bei Entlassung wieder. In Bezug auf die Ergebnisqualität, gemessen an der durch die Krankenhäuser selbst eingeschätzten Änderung des Behandlungserfolges und am Anteil der als arbeitsfähig entlassenen Fälle, sind die Ergebnisse uneindeutig. Während die Behandlungserfolge von den PEPP-Optionshäusern insgesamt positiver bewertet als von den Nicht-Optionshäusern, kann speziell für PEPP-Optionshäuser keine Veränderung in Bezug auf den Anteil der arbeitsfähig entlassenen Fälle nachgewiesen werden. Zwar folgt der Indikator über den gesamten Beobachtungszeitraum einem relativ konstanten Abwärtstrend, einen Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems begründet dies allerdings nicht.

[uszug aus dem Bericht zum 1. Forschungszyklus, Kurzfassung, Seite vi, Langfassung in Kapitel 9

Sonstige Veränderungen:

In der Gesamtbetrachtung dieses Kapitels zeigen sich Veränderungen in den Strukturen von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen. Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems führt zu Veränderungen in den Abrechnungsprozessen, die sich u. a. auf den IT-Bereich, die Personalausstattung und -schulungen auswirken. Auf der Seite der Krankenhäuser deutet sich ebenfalls steigender Aufwand in Verbindung mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems an, was sich u. a. in einem zunehmenden Anteil an Einzelfallprüfungen und den damit verbundenen Korrekturen und Klageverfahren zeigt. Bei der Entwicklung der Leistungsausgaben der GKV sind datenbedingt derzeit noch keine verlässlichen Aussagen möglich.

[uszug aus dem Bericht zum 1. Forschungszyklus, Kurzfassung, Seite vi, L ngfassung in Kapitel 10]

2.1.3.3 Zweiter Forschungszyklus

Zum Zeitpunkt der gesetzlichen Berichtspflicht zum 30.06.2019 befindet sich der 2. Forschungszyklus in der Durchführung. Er analysiert zusätzlich die Datenjahre 2016 bis 2018. Der Bericht für den 2. Forschungszyklus ist für Mai 2020 geplant.

2.1.4 Datenzugang Forschungsergebnisse

Die den Begleitforschungsberichten zugrunde gelegten Auswertungen sind in einer gesonderten Datenbank öffentlich zugänglich. Der Zugang erfolgt entweder direkt über einen Link im PDF-Dokument oder kann über die URL https://bfpsyqa.inek.org/#/ abgerufen werden.

2.2 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs

2.2.1 Hintergrund

Mit dem KHRG vom 17.03.2009 wurden die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene beauftragt, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten zu entwickeln. Mit der „Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG (Psych-Entgeltsystem)“ vom 30.11.2009 haben die Selbstverwaltungspartner die Grundstrukturen des neuen Entgeltsystems sowie das Verfahren zu dessen Entwicklung geregelt und das InEK mit der Entwicklung und Pflege des Vergütungssystems beauftragt.

Das InEK hat auf dieser Grundlage und seiner langjährigen Erfahrungen aus der DRG-Kalkulation eine Methodik zur Kalkulation von tagesbezogenen Entgelten mit Fallbezug entwickelt. Die Methodik wird ausführlich im Kalkulationshandbuch beschrieben[6] und ist verbindlich für die Erhebung der Kostendaten in den Kalkulationskrankenhäusern. Die Umsetzung der Kalkulation in den Kalkulationskrankenhäusern erfolgte zunächst ausschließlich auf freiwilliger Basis. Ab dem Jahr 2017 werden zur Steigerung der Repräsentativität zusätzliche Krankenhäuser zur Teilnahme verpflichtet. Bei erfolgreicher Datenlieferung an das InEK erhalten die Kalkulationskrankenhäuser eine Aufwandsentschädigung, die über den DRG-Systemzuschlag finanziert wird. Die Kalkulationsdaten des Vorjahres sind bis zum 31.03. an das InEK zu liefern. Auf Grundlage dieser Daten und den Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren führt das InEK umfangreiche Analysen der Kosten und Leistungsdaten durch, um Merkmale und Leistungen zu identifizieren, durch die Kostenunterschiede bedingt sind. Die Systematik der PEPP-Entgelte sowie die Berechnung der Bewertungsrelationen werden durch diesen Prozess jedes Jahr weiterentwickelt. Die Grundlagen und Ergebnisse werden vom InEK in einem jährlichen Bericht veröffentlicht.[7] Der Abschlussbericht wird um einen PEPP-Browser mit den Kalkulationsergebnissen und den wichtigsten statistischen Kennzahlen ergänzt und auf der Internetseite des InEK zur Verfügung gestellt. Zudem hat das InEK ein Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems eingerichtet, über das grundsätzlich alle Beteiligten Änderungsvorschläge einbringen können.[8]

Ein weiterer wichtiger Baustein für die Implementierung und Weiterentwicklung des PEPP-Systems ist eine aussagekräftige Leistungsbeschreibung. Bis zur Einführung des PEPP-Entgeltsystems gab es für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik keine detaillierten Leistungsschlüssel. Für die Einführung des PEPP-Systems haben Experten aus den verschiedenen Fachgesellschaften daher den

[6] Vgl. Kalkulation von Behandlungskosten – Handbuch zur Kalkulation psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen in Einrichtungen gemäß § 17d KHG, Version 1.0 vom 16.11.2010.

[7] Vgl. Abschlussbericht Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP).

[8] Vgl. https://www.g-drg.de/PEPP-Vorschlagsverfahren/Hinweise_zum_PEPP-Vorschlagsverfahren.

Katalog der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) um entsprechende, spezifische Kodes erweitert. Im Mittelpunkt dieses ersten Ansatzes stand die Abbildung der berufsgruppenspezifischen Therapieleistungen.

Im Laufe der Weiterentwicklung wurde der OPS-Katalog weiter spezifiziert. Beispielhaft sind dabei die Definition von Komplexleistungen zu nennen, die Abbildung der stationsäquivalenten Leistung, die detaillierte Erfassung von Intensivmerkmalen oder die Schaffung von Leistungsziffern für besonders aufwendige Leistungen (z. B. 1:1-Betreuung). Darüber hinaus ist die Einstufung in die Behandlungsbereiche der Psych-PV (Pseudo-OPS) ebenfalls im OPS-Katalog hinterlegt.

Neben der Leistungsabbildung für die Regelleistung enthält der OPS-Katalog auch Leistungsziffern, die speziell für die Modellvorhaben nach § 64 b SGB V geschaffen wurden (z. B. stationsersetzende Maßnahmen oder halbtägige tagesklinische Behandlung).

Die Weiterentwicklung des OPS-Katalogs ist eng mit der Weiterentwicklung des PEPP-Systems verbunden und unterliegt einem ständigen Veränderungsprozess. Dieser Prozess ist unabhängig von der Weiterentwicklung des PEPP-Katalogs beim Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) angesiedelt. Im Rahmen eines Vorschlagverfahrens können Veränderungen eingebracht werden, die Entscheidung für die Umsetzung wird vom DIMDI getroffen.

2.2.2 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2013

Bei der erstmaligen Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs standen die Entwicklung einer geeigneten Systematik und die Schaffung der erforderlichen Datenbasis im Vordergrund. Die Differenzierung in die Strukturkategorien Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik folgt aus den gesetzlichen Vorgaben und der Grundlagenvereinbarung der Selbstverwaltungspartner. Für die Analysen des InEK standen die Daten des Jahres 2011 aus 63 Krankenhäusern mit 205.247 Behandlungsfällen zur Verfügung. Die Daten wurden nach Hauptdiagnosegruppen auf kostentrennende Leistungen und Merkmale untersucht. Da sich die Verweildauer als wesentlicher Einflussfaktor der durchschnittlichen Tageskosten zeigte, wurden für die fallbezogenen PEPP-Entgelte verweildauerabhängige Vergütungsstufen eingeführt. Die vielfältigen Analysen und Überlegungen des InEK werden im Abschlussbericht für das Jahr 2013 ausführlich erläutert.[9] Als Ergebnis der Analysen hat das InEK den Selbstverwaltungspartnern Ende August 2012 einen Entwurf für den PEPP-Entgeltkatalog für das Jahr 2013 vorgelegt. Da dieser auf Seiten der Kran-

[9] Vgl. Abschlussbericht – Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2013.

kenhäuser keine Mehrheit fand, war eine Vereinbarung des Katalogs durch die Selbstverwaltungsparteien nicht möglich. Daraufhin hat das BMG den ersten PEPP-Katalog für 2013 durch Verordnung in Kraft gesetzt.[10]

2.2.3 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2014

Für die Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs für das Jahr 2014 standen die Verbesserung der Qualität der Kalkulationsdaten sowie die Analysen von neu eingeführten OPS-Kodes im Vordergrund. Dabei wurden vom InEK detaillierte Analysen sämtlicher in den Daten des Jahres 2012 zur Verfügung stehenden Parameter und zu den prüfbaren Vorschlägen aus dem Vorschlagsverfahren vorgenommen. Über das Vorschlagsverfahren waren 356 Teilvorschläge eingegangen, von denen 235 datenbasiert analysierbar waren. Als Ergebnisse der datengestützten Prüfung konnten 99 Vorschläge umgesetzt werden. Im Ergebnis wurden die Hauptdiagnosen sowie die neuen OPS-Kodes verstärkt als PEPP-Splitkriterium genutzt und somatische Nebendiagnosen, die typischerweise mit hohen Tageskosten einhergehen, berücksichtigt.

Nachdem der erste Entgeltkatalog für das Jahr 2013 durch das BMG in Kraft gesetzt worden ist, haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene den PEPP-Katalog für das Jahr 2014 mit der PEPPV 2014 vereinbart.[11] Mit dem Abschluss dieser Vereinbarung war der Prüfauftrag an das InEK verbunden, in Ergänzung zum derzeitigen Verfahren der Katalogentwicklung weitere tagesbezogene Analysen durchzuführen und nach Lösungen zu suchen, damit Erlös- und Aufwandsverlauf für die Patientengruppen nicht extrem auseinanderfallen.

2.2.4 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2015

Im Vorfeld der Weiterentwicklung des PEPP-Katalogs für 2015 wurde im Rahmen der Selbstverwaltung intensiv über die Erkenntnisse aus dem Prüfauftrag an das InEK diskutiert. Im Ergebnis haben sich die Selbstverwaltungspartner auf grundlegende Anpassungen der Katalogsystematik verständigt.[12] Somit wurde der Entlassungstag als Abrechnungstag einbezogen und die bisherigen verweildauerabhängigen Vergütungsstufen durch Vergütungsklassen abgelöst. Durch die Berücksichtigung des Entlassungstages erhöht sich der Divisor für die Berechnung der tagesbezogenen Bewertungsrelationen, so dass insbesondere bei Kurzliegern die Bewertungsrelationen abgesenkt und die hohen, verweildauerabhängigen Differenzen geglättet werden. Durch die Umstellung der Vergütungsstufen auf eine höhere Anzahl von Vergütungsklassen wurden die sprunghaften Veränderungen der verweildauerabhängigen Bewertungsrelationen und die damit verbundenen Fehlanreize reduziert. Die neuen Vergütungsklassen werden vom InEK aus den durchschnittlichen Tageskosten

[10] Vgl. Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013 (Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013 – PEPPV 2013) vom 19.11.2012.

[11] Vgl. Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik 2014 (PEPPV 2014) vom 11.11.2013.

[12] Vgl. Vereinbarung zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG vom 01.04.2014.

der am jeweiligen Behandlungstag entlassenen Fälle unter Anwendung von Glättungsverfahren zur Vermeidung von erratischen Sprüngen ermittelt. Zudem wurden für das Jahr 2015 neue ET für die Intensivbehandlung sowie die 1:1-Betreuung bei Erwachsenen eingeführt. Im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung wurden die vorhandenen Eingruppierungskriterien und Splits auf bestehende Kostenunterschiede sowie die über das Vorschlagsverfahren eingereichten rechenbaren Vorschläge geprüft. Zudem erfolgte eine systematische Überprüfung, ob kodierte Leistungen, Nebendiagnosen und Begleiterkrankungen sowie weitere Falldaten mögliche Kostenunterschiede erklären. Über das Vorschlagsverfahren für 2015 wurden 52 Teilvorschläge eingereicht. Davon konnten 28 überprüft und drei vollständig und sechs teilweise oder in anderer Form umgesetzt werden. Für die Analysen des InEK standen die Daten des Jahres 2013 aus 85 Krankenhäusern mit 205.537 Behandlungsfällen zur Verfügung.

2.2.5 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2016

Im Rahmen der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs für das Jahr 2016 wurden die neue Methodik zur Herleitung der Verweildauerklassen und die ET geprüft. Zudem standen erneut die Verbesserung der Kalkulationsdaten sowie die Analysen von neu eingeführten OPS-Kodes im Vordergrund. So wurde im OPS 2016 eine umfassende Überarbeitung der Therapiekodes vorgenommen. Dabei wurden die Kodes für die Therapieart (Regel-, Intensiv-, psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung) von den Therapieeinheiten getrennt und die Therapieeinheiten nach Anzahl, Berufsgruppen sowie Einzel- bzw. Gruppentherapie aufgeteilt. Dies führte zu zahlreichen Veränderungen in der Eingruppierung.

Über das Vorschlagsverfahren für 2016 wurden 50 Vorschläge eingereicht. Zudem hat das InEK erneut alle in den Daten vorkommenden Diagnosen auf mögliche Kostenunterschiede überprüft. Auch alle vorhandenen und neuen OPS-Kodes wurden geprüft. Insbesondere die Eingruppierung nach Therapieeinheiten, die kriseninterventionelle Behandlung, die Kleinstgruppe und das Mutter/Vater/Kind-Setting wurden intensiv analysiert. Zudem wurden die neuen OPS-Kodes für Pflegebedürftigkeit, Psychosoziale Notlage und Komplexer Entlassaufwand geprüft. Weitere Schwerpunkte der Entwicklung lagen in der erneuten Überprüfung der Abbildung der Suchtmedizin, des Alters der Patienten in Hinblick auf die Gerontopsychiatrie, des Merkmals der Intelligenzminderung und die kriseninterventionelle Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zudem wurde das Merkmal der regionalen Pflichtversorgung ausführlich untersucht. Die diesbezügliche Analyse kam zu dem Ergebnis, dass die gegebene Stichprobe keine Untersuchung von Kostenunterschieden zwischen Häusern mit und ohne Pflichtversorgung ermöglicht. Für die Analysen des InEK standen die Daten des Jahres 2014 aus 94 Krankenhäusern mit 220.984 Behandlungsfällen zur Verfügung.

2.2.6 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2017

Im Rahmen der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs für das Jahr 2017 bildete die Verbesserung der Datenqualität einen der Schwerpunkte. Die Methodik zur Herleitung der Verweildauerklassen und der ET wurde wie im Vorjahr umgesetzt. Die Beteiligung am Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des PEPP-Systems war in diesem Jahr mit 25 Vorschlägen sehr zurückhaltend. Unabhängig davon hat das InEK erneut alle Patientenmerkmale, Diagnosen und Prozeduren auf mögliche Kostenunterschiede überprüft. Dies führte u. a. zu einer differenzierten Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen und einer erstmaligen Berücksichtigung des komplexen Entlassungsaufwandes. Eine Bewertung der spezifischen Zusatzentgelte für Elektrokonvulsionstherapie und die Gabe von Paliperidon war nicht möglich. Für die Analysen des InEK standen die Daten des Jahres 2015 aus 105 Krankenhäusern mit 262.059 Behandlungsfällen zur Verfügung.

2.2.7 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2018

Wie in den Vorjahren hat das InEK alle Patientenmerkmale, Diagnosen und Prozeduren auf mögliche Kostenunterschiede überprüft. Dabei wurden auch die ET auf Grundlage der ab dem Jahr 2016 angepassten Prozeduren geprüft. Die bereits im Vorjahr bewerteten ET für 1:1-Betreuung bei Erwachsenen, Intensivbehandlung bei Erwachsenen sowie Einzelbetreuung und Betreuung in der Kleinstgruppe bei Kindern und Jugendlichen wurden bestätigt. Neue ET konnten allerdings auf Grund einer zu geringen Anzahl plausibler Datensätze und/oder Dominanz einzelner Krankenhäuser nicht entwickelt werden. Für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) wurden in Abstimmung mit den Selbstverwaltungspartnern PEPP-Entgelte eingeführt. Da für diesen neuen Versorgungsbereich noch keine Erfahrungen über die Leistungsinhalte und auch keine Kostendaten vorliegen konnten, wurden für die StäB unbewertete Entgelte ausgewiesen. Die Inhalte und die Vergütung sind somit von den Vertragsparteien auf der Ortsebene zu vereinbaren. Über das Vorschlagsverfahren wurden 30 Vorschläge eingereicht, von denen sich 15 auf die Einführung von neuen Zusatzentgelten bezogen.

Auf Grund der zunehmenden Erfahrung der Kalkulationsteilnehmer sowie dem zunehmenden Anteil von PEPP-Abrechnungsfällen hat sich die Qualität der Daten des Jahres 2016 merklich verbessert. Es konnten zehn neue Kalkulationskrankenhäuser gewonnen werden. Allerdings hatten auch acht Krankenhäuser mit langjähriger Kalkulationserfahrung abgesagt, so dass für die Analysen des InEK die Daten des Jahres 2016 aus 102 Krankenhäusern mit 256.686 Behandlungsfällen zur Verfügung standen.

2.2.8 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2019

Bereits Endes des Jahrs 2015 wurden die Selbstverwaltungspartner mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)[13] beauftragt, auf der Grundlage eines vom DRG-Institut zu entwickelnden Vorschlags

[13] Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG) vom 10.12.2015.

ein praktikables Konzept für eine repräsentative Kalkulation zu vereinbaren. Dabei können Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation verpflichtet und Sanktionierungen eingeführt werden, um die Lieferung uneingeschränkt verwertbarer Daten zu gewährleisten. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben diesen Auftrag zunächst für die DRG-Kalkulation umgesetzt[14] und entsprechende Regelungen für die PEPP-Kalkulation mit der Ergänzungsvereinbarung vom 01.09.2017[15] getroffen. Auf dieser Grundlage wurden am 22.09.2017 durch Ziehung des InEK 20 zusätzliche Krankenhäuser zur Teilnahme an der PEPP-Kalkulation im Jahr 2018 verpflichtet. Da im ersten Jahr auch eine vereinfachte Datenlieferung oder eine fallbezogene Probekalkulation zulässig sind, hat sich die Kalkulationsgrundlage in diesem Jahr noch nicht wesentlich verändert. Eine Verbesserung ist jedoch für das kommende Jahr zu erwarten, da die gezogenen Einrichtungen dann zur Lieferung von verwertbaren fall- und tagesbezogenen Daten verpflichtet sind. Für die Weiterwicklung des PEPP-Katalogs für 2019 standen dem InEK die Daten des Jahres 2017 aus 112 Krankenhäusern mit 284.815 Behandlungsfällen zur Verfügung.

Die Methodik zur Herleitung der Verweildauerklassen und der ET wurde wie im Vorjahr umgesetzt. Die Beteiligung am Vorschlagsverfahren war mit 13 Vorschlägen im Vergleich zu den Vorjahren sehr gering. Unabhängig davon hat das InEK erneut alle Patientenmerkmale, Diagnosen und Prozeduren auf mögliche Kostenunterschiede überprüft. Dabei wurden in diesem Jahr verstärkt auch die somatischen Nebendiagnosen überprüft. Im Ergebnis wurden einige somatische Begleiterkrankungen aufwandserhöhend berücksichtigt. Zudem konnte die mit dem OPS ab 2017 erfolgte Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade erstmals datenbasiert analysiert werden. Die Analyse der kodierten Therapieeinheiten führte zu einer stärkeren Gruppierungsrelevanz von Therapieeinheiten und der erstmaligen Berücksichtigung von Therapieeinheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Auch die Gruppierungsrelevanz der Kodierungen zur Intensivbehandlung hat sich verstärkt. Bei den psychiatrierelevanten Zusatzentgelten waren keine Änderungen zu verzeichnen. Eine Kalkulation der StäB-Entgelte wird frühestens ab dem Datenjahr 2018 möglich sein.

2.2.9 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) gemäß § 115d SGB V

Mit dem PsychVVG erfolgte die Einführung der StäB als neue Behandlungsform für psychisch Kranke mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Seit dem 01.01.2018 kann diese Form der Leistungserbringung im häuslichen Umfeld (bei Vorliegen der medizinischen und fallspezifischen Voraussetzungen) durch ein multiprofessionelles Team aus Ärzten und nichtärztlichen Fachkräften anstelle einer vollstationären Behandlung erbracht werden.

Eine Analyse von Vereinbarungs- und Abrechnungsdaten für das Jahr 2018 zeigt, dass im Jahr 2018 bereits 13 Krankenhäuser Leistungen der StäB erbracht und abgerechnet haben. Die Abrechnung

[14] Vgl. Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 3 Satz 6 KHG zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation 02.09.2016.
[15] Vgl. Ergänzungsvereinbarung vom 01.09.2017 zur Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 3 Satz 6 KHG vom 02.09.2016.

erfolgte im Jahr 2018 ganz überwiegend über den in den Abrechnungsbestimmungen festgelegten vorläufigen Ersatzbetrag. Bei sechs Krankenhäusern wurden entsprechende tages- oder zeitraumbezogene Entgelte in den Budgetvereinbarungen vereinbart. Das vereinbarte Budgetvolumen in 2018 betrug etwas weniger als 1 Mio. Euro. Da zum Zeitpunkt der Auswertung die Budgetverhandlungen für das Jahr 2018 noch nicht bei allen Krankenhäusern abgeschlossen waren, kann sich das Budgetvolumen noch erhöhen. Die vorläufigen Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung (KV45) weisen für 2018 Gesamtausgaben in Höhe von 2,5 Mio. Euro aus.

Im Rahmen der Einführung der StäB hat sich gezeigt, dass die organisatorische Vorlaufzeit in den Krankenhäusern, die ein grundsätzliches Interesse daran haben, das neue Versorgungsangebot vorzuhalten, mehrere Monate beanspruchen kann. Auf Grundlage der Anforderungen der Bundesvereinbarung haben die Vertragsparteien unter Berücksichtigung des Behandlungskonzeptes vor Ort eine Vergütung festzulegen. Auch dieser Prozess bedarf bei der erstmaligen Einführung einer längeren Vorlaufzeit. Die StäB kommt nur für eine begrenzte Patientengruppe in Frage.

Für detailliertere Ausführungen zur StäB wird an dieser Stelle auf den eigenen Bericht gemäß § 115d Absatz 4 SGB V mit Frist zum 31.12.2021 verwiesen.

3. Psychiatrische Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V

3.1 Gesetzlicher Hintergrund

Bestimmte Gruppen psychisch erkrankter Personen benötigen aufgrund der Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung oder aufgrund der Wohnortsituation eine krankenhausnahe ambulante Behandlung, wie sie durch die regulären ambulanten Versorgungsstrukturen nicht ausreichend geleistet werden kann. Diese Patientengruppen haben beispielsweise einen erhöhten Bedarf nach flexiblen Kontaktzeiten oder multiprofessionellen Teams. Um diesen Patienten eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung zu ermöglichen, können bestimmte Patientengruppen in den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) an Krankenhäusern ambulant versorgt werden. Dies soll zudem dazu beitragen, die Behandlungsabläufe zu optimieren, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden sowie stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen.[16] Die Krankheitsgruppen sind im Rahmen einer Vereinbarung von GKV-Spitzenverband, Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und DKG auf Bundesebene festgelegt.[17]

Während bis zum Jahr 2000 bedarfsunabhängig ausschließlich psychiatrische Fachkrankenhäuser zur Erbringung ambulanter psychiatrischer Leistungen am Krankenhaus ermächtigt waren, erfolgte im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes 2009 eine Ausweitung der Angebotsstrukturen mit der bedarfsunabhängigen Ermächtigung von Allgemeinkrankenhäusern mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen und regionaler Versorgungsverpflichtung.

Im Rahmen des PychEntgG 2012 erfolgte sodann eine weitere Ausweitung der Ermächtigung auf psychosomatische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständig, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen und regionaler Versorgungsverpflichtung mit dem Ziel, auch im Bereich der psychosomatischen Erkrankungen Krankenhausaufnahmen zu vermeiden bzw. stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe zu optimieren.

Diese Regelung wurde mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen 2016 angepasst. Demnach können auch PIA ermächtigt werden, die räumlich und organisatorisch nicht an ein Krankenhaus angebunden sind. Die bis dahin vorgesehene regionale Versorgungsverpflichtung für psychosomatische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständig, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen wurde gestrichen und weitere Kriterien zur Leistungserbringung, wie beispielsweise die Notwendigkeit einer Überweisung, wurden festgelegt. Die entsprechenden Regelungen für die

[16] Vgl. Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V vom 30.04.2010.
[17] Vgl. Anlage zur Vereinbarung gemäß § 118 Abs. 2 SGB V vom 30.04.2010.

Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V sind in den Vertrag nach § 118 Absatz 2 SGB V aufzunehmen.

3.2 PIA-Prüfauftrag und PIA-Dokumentation

Mit dem KHRG 2009 und der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen erfolgte der gesetzliche Auftrag zu prüfen, inwiefern auch die in den PIA erbrachten ambulanten Leistungen in einem leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystem abgebildet werden können (PIA-Prüfauftrag gemäß § 17d Absatz 1 Satz 3 KHG).

Die Dokumentation der in den PIA erbrachten Leistungen wurde durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) auf der Grundlage des § 295 Absatz 1b Satz 4 SGB V durch die Selbstverwaltungspartner mit der Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Katalogs zur Dokumentation der Leistungen der PIA geregelt.[18]

Seit dem 01.01.2013 sind die erbrachten Leistungen nach dem Katalog der PIA-Doku-Vereinbarung patienten- und tagesbezogen zu dokumentieren. Für die Bestimmung des PIA-Doku-Schlüssels muss dokumentiert werden, ob ein Patientenkontakt stattgefunden hat und durch wen (mit Arzt-/Psychologenkontakt oder ohne Arzt-/Psychologenkontakt) sowie, ob es eine aufsuchende Behandlung war.[19]

3.3 Vereinbarungen und Vergütung

Die Vergütung der PIA (Art und Höhe) wird gemäß § 120 Absatz 2 SGB V auf Landesebene zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern geregelt. Derzeit existieren drei verschiedene Modelle. In einigen Bundesländern gibt es einen sogenannten einheitlichen Landesvertrag (z. B. Bayern, Niedersachsen), in anderen Bundesländern werden für jede PIA eigene Verträge (z. B. Baden-Württemberg) geschlossen. In weiteren Bundesländern gibt es eine Kombination der beiden Ansätze (z. B. in Sachsen-Anhalt).[20]

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt zwischen Krankenhaus und Krankenkassen mittels Quartalspauschalen, nach berufsgruppenbezogenen und zeitorientierten Leistungskomplexen oder dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit ergänzenden Regelungen für nichtärztliche Leistungen. Die Vergütung erfolgt unmittelbar von den Krankenkassen und nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

[18] Vgl. Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V (PIA-Doku-Vereinbarung) vom 16.03.2012.

[19] Vgl. § 4 der PIA-Doku-Vereinbarung vom 16.03.2012.

[20] Vgl. Neubert O, Richter M (2016): Psychiatrische Institutsambulanzen. Erste Schritte zur Transparenz im Rahmen der Psych-Entgeltreform, in: Krankenhaus-Report 2016, Schattauer, Stuttgart, S. 63-84.

3.4 Erste Ergebnisse

Die Leistungen der Institutsambulanzen können auf Grundlage der Abrechnungsdaten sowie der Dokumentation auf Grundlage des bundeseinheitlichen Katalogs der PIA-Leistungen dargestellt werden. Die entsprechenden Daten sind jährlich von den Krankenhäusern im Rahmen der Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG an das InEK zu übermitteln. Die aktuelle Auswertung des InEK umfasst das Datenjahr 2016.

Im Jahr 2016 gab es 455 Krankenhäuser mit einer PIA. In den Ambulanzen wurden rund eine Millionen Patienten behandelt. Bezogen auf den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wurden in ca. 2,5 Mio. Fällen Leistungen für ca. 8 Mio. Behandlungstage erbracht. Die Abrechnung erfolgt nach den örtlichen Vergütungsvereinbarungen überwiegend quartalsweise. Tabelle 1 gibt die Grunddaten der PIA für das Jahr 2016 differenziert nach Bundesländern wieder.

Tabelle 1: Grunddaten PIA

Bundesland	Anzahl PIA	Anzahl Patienten	Anzahl Fälle	Anzahl Behandlungstage
Baden-Württemberg	46	89.474	210.663	635.633
Bayern	56	131.598	332.258	1.386.806
Berlin	12	37.016	92.185	290.549
Brandenburg	18	32.802	84.962	226.707
Bremen	5	6.216	12.076	37.560
Hamburg	11	27.722	61.367	218.846
Hessen	34	103.749	268.770	920.046
Mecklenburg-Vorpommern	16	25.731	63.180	227.036
Niedersachsen	39	80.999	195.130	626.112
Nordrhein-Westfalen	97	268.502	672.684	1.995.771
Rheinland-Pfalz	30	36.873	94.693	253.725
Saarland	9	9.338	20.799	68.066
Sachsen	24	49.499	128.691	432.005
Sachsen-Anhalt	16	18.577	46.612	139.029
Schleswig-Holstein	28	40.322	99.751	311.884
Thüringen	14	25.569	67.746	242.711
Gesamt	**455**	**978.984**	**2.451.567**	**8.012.486**

Quelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG, Datenjahr 2016, alle PIA-Fälle von GKV-Patienten. Die Anzahl der Behandlungstage entspricht der Anzahl der Leistungsschlüssel LEI.

Der bundeseinheitliche Katalog der PIA-Dokumentation differenziert die Leistungen nach den beteiligten Berufsgruppen und dem Ort der Leistungserbringung. Im Jahr 2016 erfolgte die Behandlung in den Ambulanzen an 70 % der Tage durch Ärzte und Psychologen und an 30 % der Tage ausschließlich durch Pflegepersonal, Beschäftigungstherapeuten und anderes nichtärztliches Personal (vgl. Tabelle 2). Ganz überwiegend erfolgte mit fast 90 % die Behandlung in den Räumlichkeiten der PIA. Die aufsuchende Behandlung erfolgte zu drei Vierteln durch Ärzte und Psychologen.

Tabelle 2: Behandlungstage nach Leistungsschlüsseln

	Anzahl Behandlungstage	in %
PIA-001 (PIA-Leistung ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchender Behandlung)	2.148.973	26,8
PIA-002 (PIA-Leistung mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchender Behandlung)	5.018.809	62,7
PIA-003 (PIA-Leistung mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung)	602.254	7,5
PIA-004 (PIA-Leistung ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung)	242.450	3,0
Gesamt mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt (002 und 003)	5.621.063	70,2
Gesamt ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt (001 und 004)	2.391.423	29,8
Gesamt mit aufsuchender Behandlung (003 und 004)	844.704	10,5
Gesamt ohne aufsuchender Behandlung (001 und 002)	7.167.782	89,5
Gesamt	**8.012.486**	**100,0**

Quelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG, Datenjahr 2016, alle PIA-Fälle von GKV-Patienten.

Die Leistungsdokumentation erfolgt tagesbezogen für alle Kalendertage mit einem unmittelbaren Patientenkontakt. Die Auswertung der Kontakthäufigkeit zeigt, dass die Behandlung bei 20 % der Patienten an einem Tag im Kalenderjahr 2016 stattgefunden hat. Bei insgesamt 55 % der Patienten fand eine Behandlung an maximal fünf Tagen statt. Die Versorgung dieser Patienten machte 16 % der gesamten Behandlungstage aus. Die Gruppe der Patienten mit einem besonders hohen Behandlungsumfang von mehr als 20 Tagen im Jahr hat zwar einen geringen Anteil von 9 %, aber auf diese Gruppe entfallen 36 % der Behandlungstage. Die Tabellen 3 und 4 geben die PIA-Inanspruchnahme differenziert nach PIA-Behandlungstagen und Anzahl an Patienten sowie die Behandlungstage differenziert nach den Leistungsschlüsseln wieder.

Tabelle 3: Leistungsumfang PIA

Anzahl Behandlungstage PIA im Kalenderjahr	Anzahl Patienten	in %	Anzahl Behandlungstage	in %
1 Tag	192.011	20	192.011	2
2 Tage	112.479	11	224.958	3
3 – 5 Tage	234.100	24	913.608	11
6 – 10 Tage	208.347	21	1.609.498	20
11 – 15 Tage	99.851	10	1.267.932	16
16 – 20 Tage	49.101	5	871.889	11
21 – 30 Tage	46.602	5	1.154.087	14
31 – 40 Tage	18.737	2	652.836	8
41 und mehr Tage	17.756	2	1.125.667	14

Quelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG, Datenjahr 2016, alle PIA-Fälle von GKV-Patienten. Die Anzahl der Behandlungstage entspricht der Anzahl der Leistungsschlüssel LEI.

Durch die übergreifende Dokumentation der ambulanten und stationären Behandlungskontakte ist die Analyse sektorenübergreifender Behandlungsverläufe im Krankenhaus möglich. Die Versorgung am Krankenhaus kann grundsätzlich in einem vollstationären, teilstationären oder ambulanten Behandlungssetting erfolgen. Bei einer Betrachtung der Behandlungstage zeigt sich ein Anteil von fast zwei Dritteln für die vollstationären Behandlungen. Teilstationäre und ambulante Behandlungen haben mit 22 bzw. 13 % einen deutlich geringeren Anteil (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Ambulante und stationäre Behandlung – Berechnungstage

Aufnahmegrund	Anzahl Berechnungstage/Behandlungskontakte				
	vollstationär	teilstationär	PIA	Gesamt	in %
vollstationär	12.181.322	0	0	12.181.322	33,9
teilstationär	0	1.453.632	0	1.453.632	4,0
voll- und teilstationär	1.201.709	604.779	0	1.806.488	5,0
PIA	0	0	5.895.155	5.895.155	16,4
vollstationär und PIA	8.079.750	0	1.458.051	9.537.801	26,6
teilstationär und PIA	0	1.830.455	379.440	2.209.895	6,2
voll- und teilstationär und PIA	1.652.309	876.583	279.840	2.808.732	7,8
Gesamt	**23.115.090**	**4.765.449**	**8.012.486**	**35.893.025**	**100,0**
Gesamt in %	**64,4**	**13,3**	**22,3**	**100,0**	

Quelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG, Datenjahr 2016, GKV-Patienten, ohne Begleitpersonen und rein vorstationäre Fälle, voll-, teilstationäre und ambulante Behandlung im Kalenderjahr.

Bei den Fallzahlen zeigt sich durch die unterschiedlichen Verweildauern und Fallabgrenzungen der vollstationären, teilstationären und ambulanten Behandlungen am Krankenhaus eine andere Verteilung. Die voll- und teilstationären Behandlungen haben einen Anteil von ca. 23 bzw. 5 % der Fälle. Ambulante Behandlungen haben mit 73 % einen hohen Anteil an der Gesamtzahl der Abrechnungsfälle (vgl. Tabelle 5).

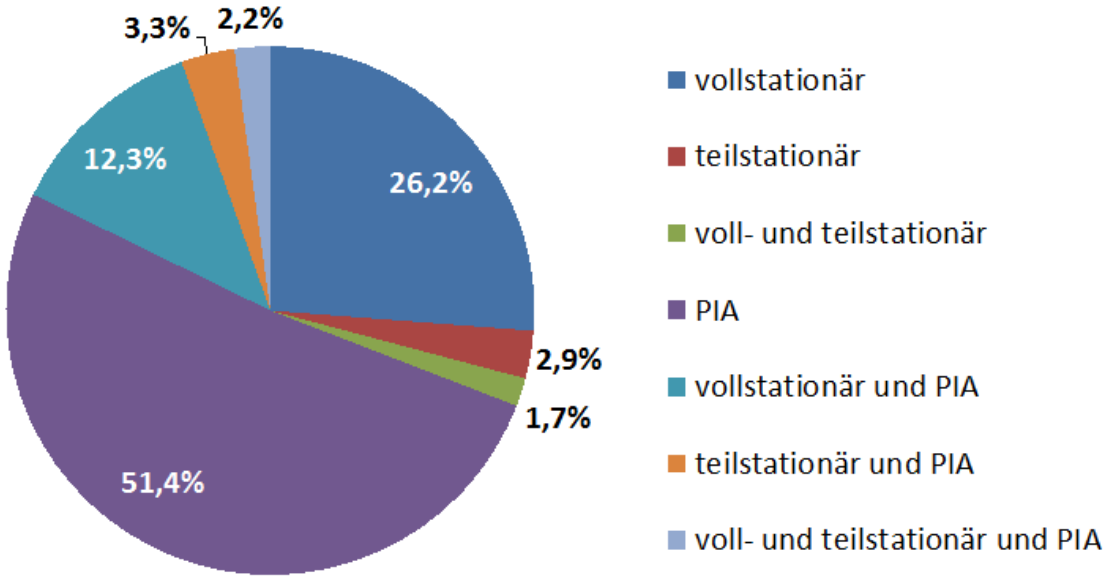
Tabelle 5: Ambulante und stationäre Behandlung – Anzahl der Patienten und Fälle

Aufnahmegrund		Anzahl Fälle				
	Anzahl Patienten	voll-stationär	teil-stationär	PIA	Gesamt	in %
vollstationär	371.328	463.152	0	0	**463.152**	13,5
teilstationär	41.327	0	43.215	0	**43.215**	1,3
voll- und teilstationär	24.537	32.296	26.563	0	**58.859**	1,7
PIA	727.415	0	0	1.903.094	**1.903.094**	55,4
vollstationär und PIA	174.127	255.474	0	403.857	**659.331**	19,2
teilstationär und PIA	46.424	0	49.703	106.073	**155.776**	4,5
voll- und teil-stationär und PIA	31.018	45.471	35.600	72.028	**153.099**	4,5
Gesamt	**1.416.176**	**796.393**	**155.081**	**2.485.052**	**3.436.526**	**100,0**
Gesamt in %		**23,2**	**4,5**	**72,3**	**100,0**	

Quelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG, Datenjahr 2016, GKV-Patienten, ohne Begleitpersonen und rein vorstationäre Fälle, Anzahl der Behandlungstage entspricht der Anzahl der Leistungsschlüssel LEI.

Häufig erfolgt die Behandlung eines Patienten innerhalb eines Jahres auch in verschiedenen Behandlungssettings. Rund die Hälfte der am Krankenhaus behandelten Patienten (51,4 %) werden innerhalb eines Jahres allerdings ausschließlich ambulant behandelt (vgl. Abbildung 4). Eine voll- oder teilstationäre Behandlung im selben Kalenderjahr findet bei diesen Patienten nicht statt. Etwas mehr als ein Viertel der Patienten (26,2 %) werden rein vollstationär behandelt. Eine sektorenübergreifende ambulante und stationäre Behandlung durch das Krankenhaus erfolgt bei jedem fünften Patienten (19,5 %). Bei diesen Patienten erfolgt eine Behandlung innerhalb eines Jahres in mindestens zwei unterschiedlichen Settings (vollstationär, teilstationär oder ambulant).

Abbildung 4: Verteilung der Patienten nach Behandlungssetting



Quelle: Eigene Darstellung. InEK-Daten nach § 21 KHEntgG, Datenjahr 2016, GKV-Patienten, ohne Begleitpersonen und rein vorstationäre Fälle.

Die Ursachen für die Inanspruchnahme der einzelnen Versorgungsstufen sind aus den Zahlen nicht erkennbar und bedürfen weiterer kritischer Analysen.

3.5 Erweiterung der PIA-Dokumentation

Die Selbstverwaltungspartner wurden im Rahmen des PsychVVG 2016 mit der Überarbeitung des bundeseinheitlichen Katalogs der PIA-Leistungen beauftragt. Die wesentliche Neuerung des ab 01.08.2018 anzuwendenden bundeseinheitlichen Katalogs stellte die Ablösung der bis dato geltenden Dokumentation über vier Schlüssel hin zur neuen PIA-Dokumentation mit Basisleistungs- und Zusatzleistungsschlüsseln dar. Die Basisleistungsschlüssel geben Auskunft über Art und Umfang der Leistung sowie über die beteiligten Berufsgruppen. Die Zusatzleistungsschlüssel liefern ergänzende Informationen über die medizinischen Inhalte der erbrachten Leistungen.[21] In einigen Bundesländern (Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt) müssen lediglich die Zusatzleistungsschlüssel dokumentiert und übermittelt werden, da die Basisleistungsschlüssel direkt aus den differenzierten Entgeltschlüsseln ableitbar sind.[22] Die ersten Ergebnisse der ersten ganzjährigen Anwendung der neuen Dokumentationssystematik werden im Frühjahr 2020 vorliegen.

[21] Vgl. PIA-Doku-Vereinbarung vom 02.02.2018.
[22] Vgl. Anlage 2 zur PIA-Doku-Vereinbarung vom 02.02.2018.

4. Erkenntnisse aus den Nachweisen zur Personalausstattung

4.1 Gesetzlicher Hintergrund

Im Rahmen des PsychVVG erfolgte die Festlegung, dass Krankenhäuser für die Jahre 2016 bis 2019 einen Nachweis erbringen müssen, inwieweit die Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen erfüllt werden. Ab dem Jahr 2020 ist die Einhaltung der vom G-BA festgelegten Vorgaben zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nachzuweisen.

Die Konkretisierung der Nachweispflichten, insbesondere der Aufbau der Datensätze und das Datenübermittlungsverfahren, wurden mit der gemeinsamen Vereinbarung[23] der Selbstverwaltungspartner geregelt. Der Nachweis ist von den Krankenhäusern bis zum 31.03. bzw. mit der Nachmeldefrist bis zum 31.05 des Folgejahres an das InEK zu übermitteln und gegenüber den anderen Vertragsparteien der Budgetverhandlung zu erbringen.

4.2 Inhalte und Umsetzung der Nachweise

Die Nachweise zur Personalausstattung umfassen die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften (VK), die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in VK sowie den sogenannten Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen.[24] Die Stellenbesetzung ist differenziert nach Berufsgruppen zu vereinbaren bzw. nachzuweisen. Neben der vereinbarten und tatsächlichen Stellenbesetzung ist zudem die Stellenbesetzung für eine vollständige Umsetzung der Psych-PV zu vereinbaren und anzugeben. Die Abbildung 5 verdeutlicht noch einmal exemplarisch die drei zentralen Kennzahlen sowie die Berufsgruppen im Rahmen der Nachweise zur Psych-PV.

[23] Vgl. Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPflV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 S. 2 und 3 BPflV (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung) vom 26.06.2017.

[24] Vgl. § 2 der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPflV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 S. 2 und 3 BPflV (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung) vom 26.06.2017.

Abbildung 5: Relevante Kennzahlen für die Stellenbesetzung

Berufsgruppen der Psych-PV	1. SOLL Stellenbesetzung für eine vollständige Umsetzung der Psych-PV in VK	2. VEREINBART vereinbarte Stellenbesetzung als Budgetgrundlage in VK	3. IST Tatsächliche Stellenbesetzung in VK
Ärzte	15,0	15,0	14,0
Pflegepersonal	100,0	100,0	90,0
Psychologen	5,0	5,0	5,5
Sozialarbeiter	6,0	6,0	6,0
Bewegungstherapeuten	3,0	3,0	3,0
Logopäden (nur KJP)	0,4	0,4	0,4
Ergotherapeuten	8,0	8,0	8,0
Gesamt	137,4	137,4	126,9

Abweichung nur in Ausnahmefällen (z. B. Stufenplan)

Quelle: Eigene Darstellung.

Sowohl die „Psych-PV-Soll-Besetzung“ (Nr. 1) als auch die budgetrelevante Stellenbesetzung (Nr. 2) sind auf der Ortsebene zwischen Krankenhaus und Krankenkassen zu vereinbaren. Die dem Budget zugrunde gelegte vereinbarte Stellenbesetzung darf nur in Ausnahmefällen (z. B. Stufenplan) von der Stellenbesetzung für eine vollständige Umsetzung der Psych-PV abweichen.[25] Ein solcher Stufenplan, d. h. die schrittweise Anpassung der Stellenbesetzung an eine vollständige Umsetzung der Psych-PV-Vorgaben, muss zwischen den Vertragsparteien vereinbart werden.

Für den Nachweis der tatsächlichen Stellenbesetzung (Nr. 3) können Fachkräfte, die entsprechende Regelaufgaben einer anderen Psych-PV-Berufsgruppen übernehmen, auf die andere Psych-PV-Berufsgruppe angerechnet werden. Zudem können auch Fachkräfte anderer Berufsgruppen, die nicht in der Psych-PV genannt sind, im begrenzten Umfang angerechnet werden.

Die Nachweise zur Stellenbesetzung sind von den Krankenhäusern an das InEK zu übermitteln, welches die Informationen dem Krankenhaus für die Weiterleitung an die Vertragspartner in einem einheitlichen, maschinenlesbaren Format bereitstellt. Das InEK informiert die Selbstveraltungspartner regelmäßig über den Stand der Datenlieferungen. Zudem stellt das InEK den Selbstverwaltungspartnern umfassende, aggregierte Auswertungen zur Umsetzung der Psych-PV zur Verfügung.

[25] Vgl. § 3 der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPflV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 S. 2 und 3 BPflV (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung) vom 26.06.2017.

4.3 Erste Ergebnisse der Psych-PV-Nachweise

Die folgenden Auswertungen basieren auf den Daten des Jahres 2017. Unterschiedliche Grundgesamtheiten in den folgend dargestellten Kennzahlen basieren auf fehlenden Datenpunkten in den gelieferten Teildaten.

4.3.1 Umsetzungsgrad

Zur Bestimmung des Umsetzungsgrads der Psych-PV wird der Quotient aus der tatsächlichen jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung in Vollkräften (inkl. Anrechnungen) und der für eine vollständige Umsetzung der Psych-PV-Vorgaben vereinbarten Stellenbesetzung (in VK) berechnet (Verhältnis Ist/Soll).[26]

Für das Jahr 2017 lagen zum Zeitpunkt der Auswertungen am 13.12.2018 für 310 von 478 Krankenhäusern (64,9 %) im Geltungsbereich der Psych-PV sowohl die Information zur vereinbarten notwendigen Stellenbesetzung als auch zur tatsächlichen jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung vor. Die fehlenden Informationen sind im Wesentlichen auf die noch ausstehenden Budgetvereinbarungen zurückzuführen. Über diese 310 Krankenhäuser betrug der gewichtete[27] Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen 98,4 % (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen, 2017

Anzahl KH mit Liefer-pflicht	Anzahl KH	Summe VK notwendig (Sollwert, Psych-PV)	Summe VK Ist	Umsetzungs-grad gewichtet in %	Umsetzungs-grad ungewichtet in %
478	310	49.681,7	48.910,7	98,4	98,8

Quelle: InEK-Daten zu den Psych-PV-Nachweisen 2017, gewichtet nach VK Soll.

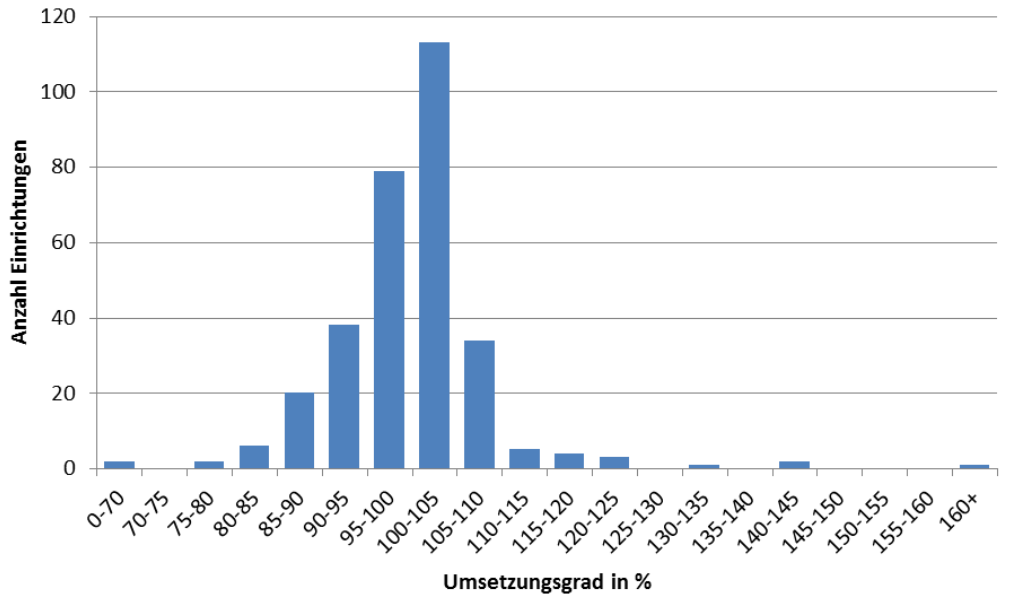
Mit dem Ziel einer vollständigen Umsetzung der Psych-PV-Vorgaben hat der Gesetzgeber mit dem PsychVVG festgelegt, dass für die Jahre 2017 bis 2019 zusätzliche Stellen budgeterhöhend zu berücksichtigen sind. Aufgrund dieser Nachverhandlungsmöglichkeit ist davon auszugehen, dass sich der Umsetzungsgrad noch weiter nach oben entwickeln wird. Darüber hinaus wird die Aussagekraft und Datenverfügbarkeit auf Grund der routinemäßigen Umsetzung und Erfassung der noch offenen Budgetvereinbarungen in den nächsten Jahren sicherlich weiter zunehmen.

[26] Vgl. § 6 der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPflV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 S. 2 und 3 BPflV (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung) vom 26.06.2017.

[27] Die Gewichtung berücksichtigt die unterschiedliche Größe der Einrichtungen.

Betrachtet man die Verteilung der Krankenhäuser über die verschiedenen Umsetzungsgrade, so ist zu erkennen, dass 47 % der Krankenhäuser einen Umsetzungsgrad von weniger als 100 % aufweisen und 36 % der Krankenhäuser die Psych-PV in einem Bereich von 100 bis 105 % vollständig erfüllen. Allerdings ist auch festzustellen, dass der Umsetzungsgrad in 53 % der Krankenhäuser 100 % und mehr beträgt, wobei 16 % der Krankenhäuser mit mehr als 105 % deutlich mehr Personal vorhalten, als die Psych-PV vorgibt (vgl. Abbildung 6 und Tabelle 7).

Abbildung 6: Häufigkeitsverteilung der Krankenhäuser bezogen auf den Umsetzungsgrad in %, 2017



Quelle: InEK-Daten zu den Psych-PV-Nachweisen 2017.

Tabelle 7: Prozentuale Verteilung der Umsetzungsgrade, 2017

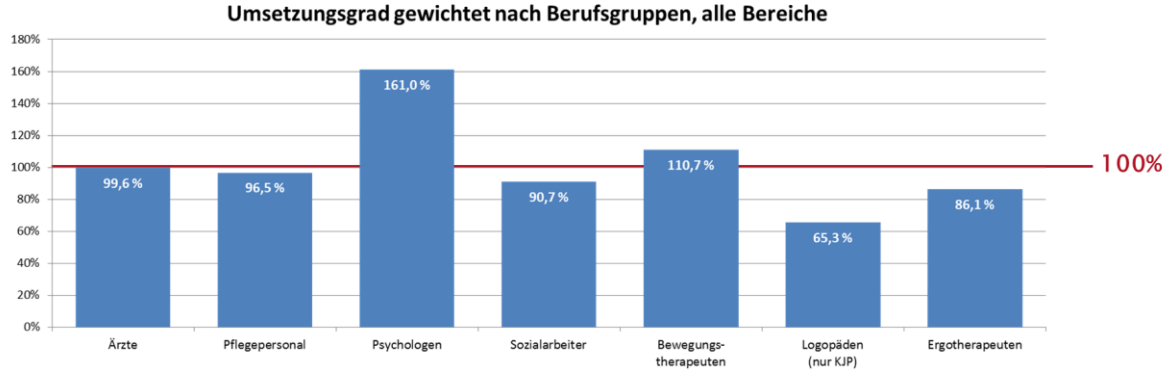
Umsetzungsgrad in %	Anzahl Krankenhäuser	in %	kumuliert in %
< 80	4	1	1
80 bis < 85	6	2	3
85 bis < 90	20	6	10
90 bis < 95	38	12	22
95 bis < 100	79	25	47
100 bis < 105	113	36	84
105 bis < 110	34	11	95
110 bis < 115	5	2	96
115 bis 120	4	1	98
> 120	7	2	100
Gesamt	**310**		

Quelle: InEK-Daten zu den Psych-PV-Nachweisen 2017.

Betrachtet man den Umsetzungsgrad innerhalb der Berufsgruppen, so zeigen sich in fast allen Berufsgruppen mehr oder weniger deutliche Abweichungen von den berufsgruppenbezogenen Vorgaben der Psych-PV. Bei den beiden „größten“ Berufsgruppen Ärzten und Pflegepersonal beträgt der Umsetzungsgrad 99,6 % bzw. 96,5 %. Bei den Psychologen ist ein deutlich höherer Umsetzungsgrad von 161,0 % zu verzeichnen. Die Abweichungen in den übrigen Berufsgruppen werden durch die Schwankungsbreite bei einer relativ geringen Anzahl der Vollkräfte beeinflusst. (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Umsetzungsgrad – Gesamt und nach Berufsgruppen, 2017

gewichtet	$\frac{\text{Summe VK Ist}}{\text{Summe VK notwendig}}$	98,4 %
ungewichtet	Mittelwert über $\left(\frac{\text{Summe VK Ist}}{\text{Summe VK notwendig}}\right)_{KH}$	98,8 %



Quelle: InEK-Daten zu den Psych-PV-Nachweisen 2017, alle Krankenhäuser (KH) und alle Bereiche, n = 310, Gewichtung nach VK notwendig.

4.3.2 Realisierungsgrad

In Ergänzung zum Umsetzungsgrad kann auf Basis der Psych-PV-Nachweise ermittelt werden, ob die zu vereinbarende Soll-Stellenbesetzung auch als budgetrelevante Stellenbesetzung umgesetzt wurde (Verhältnis vereinbart/Soll). Diese Kennzahl wird als Realisierungsgrad bezeichnet.

Die Tabelle 8 gibt den Realisierungsgrad über alle Krankenhäuser für das Datenjahr 2017 wieder. In diese Auswertung sind alle Krankenhäuser eingegangen, die ihre Vereinbarungsdaten für das Jahr 2017 bis zum 13.12.2018 an das InEK übermittelt haben.

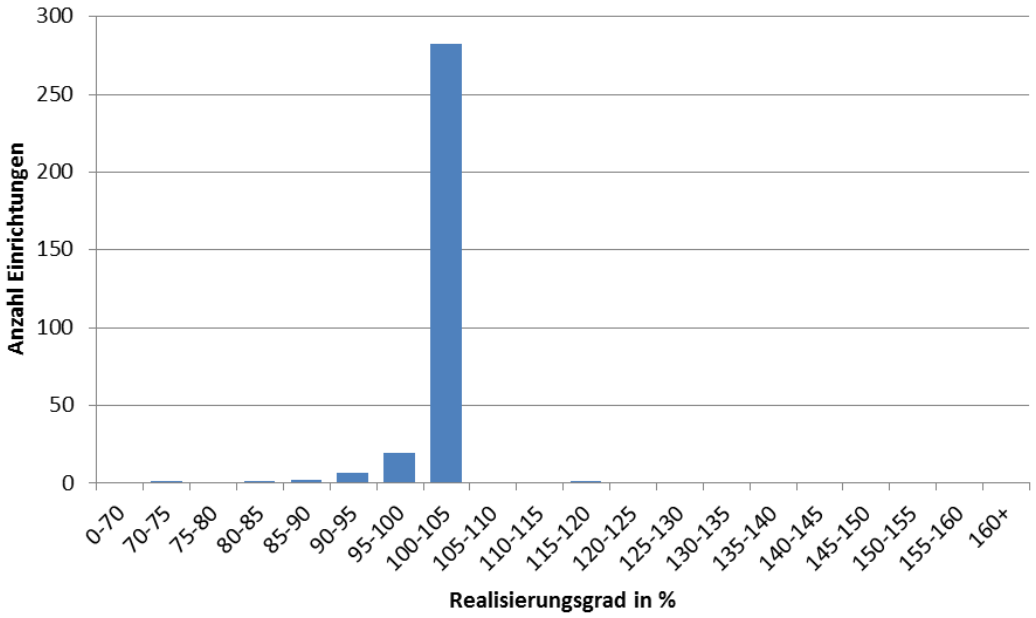
Tabelle 8: Realisierungsgrad der notwendigen Stellenbesetzung in der Vereinbarung über alle Krankenhäuser, 2017

Anzahl KH mit Lieferpflicht	Anzahl KH	Summe VK notwendig	Summe VK Budget	Realisierungsgrad gewichtet in %	Realisierungsgrad ungewichtet in %
478	312	49.837	49.608,9	99,5	99,6

Quelle: InEK-Daten zu den Psych-PV-Nachweisen 2017, Gewichtung nach VK-Budget.

Ersichtlich wird, dass in fast allen der betrachteten Krankenhäuser (99 %) in der Budgetvereinbarung auch die Vollkräfte vereinbart werden, die für eine vollständige Umsetzung der Psych-PV als notwendig vereinbart worden sind (vgl. Tabelle 8). Differenziert betrachtet über die einzelnen Krankenhäuser zeigt sich, dass die Vertragsparteien auf der Ortsebene bei 9 % der Einrichtungen weniger Personal vereinbart haben, als die Psych-PV nach gemeinsamer Feststellung der Vertragsparteien vorgibt. In 90 % der Einrichtungen beträgt der Realisierungsgrad jedoch 100 bis 105 %, d. h. die vereinbarte Stellenbesetzung entspricht vollständig den Psych-PV-Vorgaben bzw. übersteigt diese um bis zu 5 % (vgl. Abbildung 8 und Tabelle 9).

Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung der Krankenhäuser bezogen auf den Realisierungsgrad in %, 2017



Quelle: InEK-Daten zu den Psych-PV-Nachweisen 2017.

Tabelle 9: Prozentuale Verteilung der Realisierungsgrade, 2017

Realisierungsgrad in %	Anzahl Krankenhäuser	in %	kumuliert in %
< 80	1	0	0
80 bis < 85	1	0	1
85 bis < 90	2	1	1
90 bis < 95	6	2	3
95 bis < 100	19	6	9
100 bis < 105	282	90	99
105 bis < 110	0	0	99
110 bis < 115	0	0	99
115 bis 120	1	0	100
> 120	1	0	100
Gesamt	**313**		

Quelle: InEK-Daten zu den Psych-PV-Nachweisen 2017.

4.3.3 Zweckentsprechende Mittelverwendung

Neben der Betrachtung des Umsetzungs- und Realisierungsgrades wird mit den Nachweisen auch überprüft, ob die vereinbarten finanziellen Mittel von den Krankenhäusern auch entsprechend eingesetzt wurden (Verhältnis Ist/vereinbart). Hierfür sind von den Krankenhäusern die tatsächlichen Kosten für das Psych-PV-Personal in Summe nachzuweisen. In diese Auswertung sind alle Krankenhäuser eingegangen, die sowohl die Vereinbarungsdaten als auch den vom Jahresabschlussprüfer bestätigten Kostennachweis für das Jahr 2017 bis zum 13.12.2018 an das InEK übermittelt haben. Die Auswertung der Daten aus dem Jahr 2017 zeigt, dass die für Psych-PV-Personal insgesamt vereinbarten Finanzmittel zu 101,7 % für therapeutisches Personal verwendet wurden. (vgl. Tabelle 10).

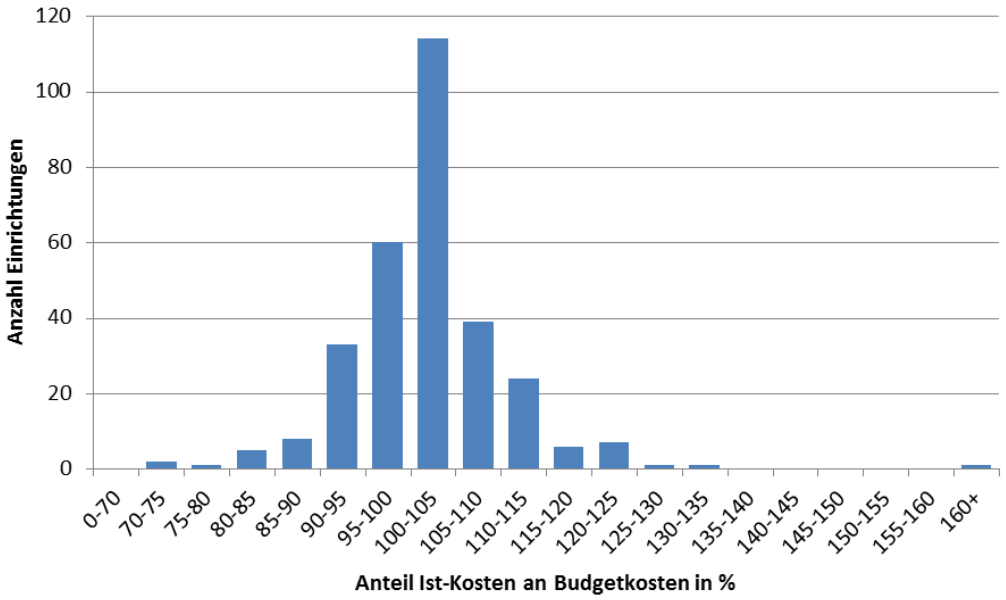
Tabelle 10: Übersicht Zweckentsprechende Mittelverwendung, 2017

Anzahl KH mit Liefer-pflicht	Anzahl KH	Summe Kosten Budget in Euro (vereinbarte Kosten)	Summe Kosten Ist in Euro (tatsächliche Kosten)	Mittelverwendung in % (ungewichtet)
478	302	3.152,2 Mio.	3.175,0 Mio.	101,7

Quelle: InEK-Daten zu den Psych-PV-Nachweisen 2017.

Auf die einzelnen Krankenhäuser heruntergebrochen ergibt sich ein differenzierteres Bild. Rund 36 % der Krankenhäuser haben die vereinbarten Mittel nicht vollständig für therapeutisches Personal verwendet (vgl. Abbildung 9 und Tabelle 11). Bei 64 % der Krankenhäuser sind die Istkosten höher als die vereinbarten Mittel. Die Auswirkungen der Nachverhandlungsmöglichkeit in den Jahren 2018 und 2019 ist in den Zahlen aus 2017 noch nicht erkennbar.

Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung der Krankenhäuser bezogen auf die zweckentsprechende Mittelverwendung in %, 2017



Quelle: InEK-Daten zu den Psych-PV-Nachweisen 2017.

Tabelle 11: Prozentuale Verteilung der zweckentsprechenden Mittelverwendung, 2017

Zweckentsprechende Mittelverwendung in %	Anzahl Krankenhäuser	in %	kumuliert in %
< 80	3	1	1
80 bis < 85	5	2	3
85 bis < 90	8	3	5
90 bis < 95	33	11	16
95 bis < 100	60	20	36
100 bis < 105	114	38	74
105 bis < 110	39	13	87
110 bis < 115	24	8	95
115 bis 120	6	2	97
> 120 %	10	3	100
Gesamt	**302**		

Quelle: InEK-Daten zu den Psych-PV-Nachweisen 2017.

Die Ergebnisse der Auswertungen für das Jahr 2018 werden voraussichtlich im Herbst 2019 zur Verfügung stehen.

5. Erkenntnisse zu den Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V

5.1 Gesetzlicher Hintergrund

Zur Weiterentwicklung der Versorgung von psychisch kranken Menschen sowie zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems hat der Gesetzgeber im Rahmen des PsychEntgG im Jahr 2012 die Umsetzung von Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen mit der Einführung einer eigenen gesetzlichen Grundlage weiter spezifiziert.

Durch die Meldepflichten der Modellvorhaben werden u. a. Informationen zur vereinbarten Art und Anzahl der Patienten, zu spezifischen Leistungsinhalten, zu Kosten, die den Verhandlungen zugrunde gelegt werden, zu strukturellen Merkmalen des jeweiligen Modellvorhabens, zu Qualitätsdaten sowie zur Zielerreichung transparent (vgl. §§ 64b und 65 SGB V). Die Modellprojekte sind auf maximal acht Jahre begrenzt und es soll in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie realisiert werden.

Die Krankenkassen oder ihre Verbände sind gemäß § 65 SGB V dazu verpflichtet, eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben zu veranlassen. Der derzeitige Zwischenstand der gesetzlichen Evaluation ist in Abschnitt 5.5 wiedergegeben. Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer Forschungsvorhaben, die eine Bewertung der Modellversorgung nach § 64b SGB V aus der Perspektive der Krankenhäuser anstreben.

5.2 Ziele der Modellvorhaben

Ziele der Verträge nach § 64b SGB V sind

- die Verbesserung der Patientenversorgung durch eine sektorenübergreifende Behandlungsplanung und -durchführung,
- die Stärkung von Alternativen zur vollstationären Behandlung mit konsekutiver verbesserter Anpassung der Dauer und Intensität der Behandlung an den konkreten Behandlungsbedarf betroffener Versicherter,
- eine kontinuierliche Behandlung und Stabilisierung der Patienten unter Berücksichtigung ihres sozialen und beruflichen Umfelds,
- die Erhöhung der Akzeptanz der patientenorientierten psychiatrischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Interventionen,
- die Herstellung von Leistungstransparenz,
- die Erreichung einer kosteneffektiveren Verwendung (Effizienz) der vorhandenen Mittel zur Versorgung der Versicherten (Erwachsene, Kinder und Jugendliche).

Diese Ziele sollen im Wesentlichen durch die Veränderung der finanziellen Anreize erreicht werden. Durch ein sektorenübergreifendes Gesamtbudget verbunden mit der Freiheit des Leistungserbringers, die Behandlung in dem Setting durchzuführen, das medizinisch indiziert ist, soll eine patientenorientiertere Behandlung erreicht werden.

5.3 Übersicht der Modellvorhaben

Mit Stand zum 14.01.2019 gibt es derzeit 21 Modellvorhaben nach § 64b SGB V.[28] Die Tabelle 12 zeigt gibt die Anzahl an Modellvorhaben sortiert nach Bundesländern mit Stand 01/2019 wieder.

Tabelle 12: Anzahl an Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V nach Bundesländern

Bundesland	Anzahl Modellvorhaben
Baden-Württemberg	3
Bayern	-
Berlin	2
Brandenburg	1
Bremen	-
Hamburg	-
Hessen	3
Mecklenburg-Vorpommern	-
Niedersachsen	1
Nordrhein-Westfalen	3
Rheinland-Pfalz	-
Saarland	-
Sachsen	2
Sachsen-Anhalt	-
Schleswig-Holstein	5
Thüringen	1

Quelle: Eigene Darstellung anhand der Daten des InEK gemäß § 64b Absatz 3 SGB V, Stand: 01/2019.

Während die meisten Modellvorhaben vollkommen neu begannen, bauen zwei auf einem Vertrag für Besondere Versorgung nach § 140a SGB V und sechs auf einem bereits vorbestehenden Modell zur Entwicklung pauschalierter Vergütungen auf.

[28] Vgl. Daten des InEK gemäß § 64b Absatz 3 SGB V.

Allen Modellvorhaben gemeinsam ist das Vorhandensein der Leistungsbereiche Allgemeine Psychiatrie mit angeschlossener Psychiatrischer Institutsambulanz. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie gehörte in zwei Häusern mit zum Modellvorhaben.

Die Intention des Gesetzgebers, in jedem (Bundes-)Land mindestens ein Modellvorhaben nach § 64b SGB V zu etablieren, konnte bisher nicht realisiert werden. Die Tabelle 13 gibt eine Übersicht über die bestehenden Modellvorhaben.

Tabelle 13: Übersicht über die Modellvorhaben nach § 64b SGB V, Stand: 01/2019

Name des KH	Ort	Bundes-land des KH	Start	Behand-lungs-bereich/e	Ziel
Klinikum Hanau GmbH	Hanau	Hessen	01.09.2013	EP	– Stärkung stationsersetzender Behandlungsmöglichkeiten (Hometreatment, stationsersetzende ambulante Behandlung im KH) – Optimierung sektorenübergreifender Leistungen
Heinrich-Braun-Klinikum gGmbH Zwickau	Zwickau	Sachsen	01.01.2013	EP KJP	– Modellhafte Erprobung sektorenübergreifender Versorgung psychisch Kranker – Orientierung am regionalen Psychiatriebudget – Fließende Übergänge zwischen den Therapiesettings – Ausbau der multiprofessionellen Ambulanz – Stationsersetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)
Kreiskrankenhaus Rudolf Virchow gGmbH	Glauchau	Sachsen	01.01.2013	EP	– Modellhafte Erprobung sektorenübergreifender Versorgung psychisch Kranker – Optimierung des Ressourceneinsatzes – Vermeidung von Kapazitätserweiterungen im stationären Bereich – Stationsersetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)
Psychiatrische Klinik Lüneburg gGmbH	Lüneburg	Niedersachsen	01.01.2014	EP	– Modellhafte Erprobung sektorenübergreifender Versorgung psychisch Kranker – Optimierung des Ressourceneinsatzes – Verstärkte ambulante und teilstationäre Behandlung – Stationsersetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)
Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin	Berlin	Berlin	01.01.2014	EP	– Erprobung regionaler Versorgungskonzepte – Sektorenübergreifende Leistungserbringung
St. Marien-Hospital Hamm gGmbH	Hamm	Nordrhein-Westfalen	01.01.2014	EP	– Verbesserung der Patientenversorgung – Sektorenübergreifende Leistungserbringung – Stationsersetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)
Immanuel Klinik Rüdersdorf	Rüdersdorf	Brandenburg	01.01.2014	EP	– Optimierung sektorenübergreifender Leistungen – Stärkung stationsersetzender Behandlungsmöglichkeiten – Stationsersetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment) (evtl. durch die Diakonie Petershagen)
Südharz Klinikum Nordhausen gGmbH	Nordhausen	Thüringen	01.01.2014	EP KJP	– Optimierung sektorenübergreifender Leistungen – Verringerung des Umfangs der stationären Versorgung – Stationsersetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)

Fachkliniken Nordfriesland gGmbH	Breklum	Schleswig-Holstein	01.01.2013	EP	- Etablierung einer ganzheitlichen, am Patienten orientierten Versorgung - Verbesserung des Übergangs zwischen den Versorgungsformen - Verbesserung der Versorgungsqualität - Förderung umfassender ambulanter Versorgungsangebote (u. a. Hometreatment)
Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH	Heide	Schleswig-Holstein	01.01.2013	EP	- Etablierung einer ganzheitlichen, am Patienten orientierten Versorgung - Verbesserung des Übergangs zwischen den Versorgungsformen - Verbesserung der Versorgungsqualität - Förderung umfassender ambulanter Versorgungsangebote (u. a. Hometreatment)
imland gemeinnützige GmbH	Rendsburg	Schleswig-Holstein	01.01.2013	EP	- Etablierung einer ganzheitlichen, am Patienten orientierten Versorgung - Verbesserung des Übergangs zwischen den Versorgungsformen - Verbesserung der Versorgungsqualität - Förderung umfassender ambulanter Versorgungsangebote (u. a. Hometreatment)
Johanniter Krankenhaus Geesthacht	Geesthacht	Schleswig-Holstein	01.01.2013	EP	- Etablierung einer ganzheitlichen, am Patienten orientierten Versorgung - Verbesserung des Übergangs zwischen den Versorgungsformen - Verbesserung der Versorgungsqualität - Förderung umfassender ambulanter Versorgungsangebote (u. a. Hometreatment)
Klinikum Itzehoe	Itzehoe	Schleswig-Holstein	01.01.2014	EP	- Etablierung einer ganzheitlichen, am Patienten orientierten Versorgung - Verbesserung des Übergangs zwischen den Versorgungsformen - Verbesserung der Versorgungsqualität - Förderung umfassender ambulanter Versorgungsangebote (u. a. Hometreatment)
LWL-Universitätsklinikum Bochum	Bochum	Nordrhein-Westfalen	01.12.2014	EP	- Erprobung regionaler Versorgungskonzepte - Verbesserung der Versorgungsqualität - Optimierung des Ressourceneinsatzes - Sektorenübergreifende Leistungserbringung - Einführung einer Behandlung durch "stationsungebundene" Leistungen im häuslichen Umfeld oder in der Klinik (Vergütung analog PEPP-Systematik)
Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH	Berlin	Berlin	01.01.2016	EP KJP	- Erprobung regionaler Versorgungskonzepte - Etablierung ganzheitlicher, am Patienten orientiert Versorgung - Flexible Versorgung mit voll-/teilstationären Leistungen und ambulanten Leistungen in der PIA sowie im Rahmen des amb. Hometreatment - Optimierung des Ressourceneinsatzes - Vermeidung von Fehlanreizen zur stationären Versorgung

Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH	Bad Nauheim	Hessen	01.01.2016	EP	– Optimierung sektorenübergreifender Leistungen durch ein innovatives Vergütungskonzept sowie die Weiterentwicklung des neuen Entgeltsystems – Stärkung stationsäquivalenter Behandlungsmöglichkeiten – Ermöglichung neuer Gestaltungsspielräume in der Versorgungskette – Herstellung der Leistungstransparenz durch patientenbezogene Abrechnung – Erhöhung der Akzeptanz der patientenorientierten psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Intervention – kontinuierliche Behandlung und Stabilisierung des Versicherten unter Berücksichtigung seines Umfeldes und Schaffung einer Behandlerkontinuität
Vitos Klinikum Riedstadt	Riedstadt	Hessen	01.01.2016	EP KJP	– Optimierung sektorenübergreifender Leistungen durch ein innovatives Vergütungskonzept sowie die Weiterentwicklung des neuen Entgeltsystems – Stärkung stationsäquivalenter Behandlungsmöglichkeiten – Ermöglichung neuer Gestaltungsspielräume in der Versorgungskette – Herstellung der Leistungstransparenz durch patientenbezogene Abrechnung – Erhöhung der Akzeptanz der patientenorientierten psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Intervention – kontinuierliche Behandlung und Stabilisierung des Versicherten unter Berücksichtigung seines Umfeldes und Schaffung einer Behandlerkontinuität
Rheinische Klinken Bonn	Bonn	Nordrhein-Westfalen	01.10.2016	EP KJP	– Erprobung regionaler Versorgungskonzepte – Minimierung des Umfangs der stationären Behandlung und Verbesserung des Übergangs zur ambulanten Versorgung – Verbesserung der Versorgungsqualität, Optimierung des Ressourceneinsatzes und Vermeidung von finanziellen Fehlanreizen – Etablierung der Behandlung durch stationsungebundene Leistungen – Untersuchung eines Entgeltsystems für sektorenübergreifende Leistungen – Impulse für die Weiterentwicklung des gegenwärtigen Systems geben durch neue Vergütungsformen

Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH	Heidenheim	Baden-Württemberg	01.12.2016	EP	- Etablierung einer ganzheitlichen, am Patienten orientierten Versorgung - Sicherstellung der Behandlungskontinuität der Patienten - Verbesserung der Versorgungsqualität gegenüber der Regelversorgung - Optimierung des Ressourceneinsatzes und Vermeidung finanzieller Fehlanreize - Verbesserung des Übergangs von der stationären zur ambulanten Versorgung - Ambulante Behandlung soll Vorrang vor der stationären Versorgung haben - Einführung einer Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment) als stationsersetzende Leistung
Universitätsklinikum Tübingen	Tübingen	Baden-Württemberg	01.10.2017	KJP	- Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Störungen in der Modellregion - Optimierter Übergang aus der vollstationären in die ambulante Versorgung - Kern des Modellvorhabens: "Therapeutische Intensivbehandlung im Ambulanten Setting" (TIBAS) als stationsersetzende Behandlung - Intensives Case Management (auch nach Entlassung) um wiederkehrende Krisen frühzeitig abzufangen - dadurch Vermeidung von Krankenhauseinweisungen
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit	Mannheim	Baden-Württemberg	01.10.2018	EP KJP	-Erweiterung der am ZI Mannheim im Adoleszentenzentrum für Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 - 24 Jahre bereits etablierten voll-, teilstationären oder ambulanten Behandlung um weitere Komponenten (normofrequente Zusatzpauschale, niederfrequente Gruppenpauschale, Tracking) -Ziele: Sicherstellung der Behandlungskontinuität, kontinuierliche Begleitung "Tracking" der Patienten, Verbesserung der sozialen Teilhabe der Patienten, Reduktion der stationären Aufenthalte

EP = Erwachsenen-Psychiatrie; KJP = Kinder- und Jugend-Psychiatrie
Quelle: Zusammenstellung des InEK.

An 13 von 21 Modellvorhaben haben sich alle Krankenkassen beteiligt, in den übrigen Modellen gibt es unterschiedliche Konstellationen. Diese reichen von der Beteiligung einer einzelnen Kasse in einem bestimmten Leistungssegment bis hin zur Beteiligung mehrerer Kassen über die gesamten Leistungen eines Krankenhauses.

5.4 Finanzierung der Modellvorhaben

Allen Modellen gemeinsam ist die Bildung eines Gesamtbudgets für stationäre und ambulante Behandlungen durch das Krankenhaus. Unterschiede ergeben sich in der Ausgleichs- und Vergütungssystematik. So werden mit Ausnahme der Modelle in Hamm, in dem Mindererlöse vollständig und Mehrerlöse gestaffelt, und Lüneburg, in dem sich Ausgleiche anhand der Zielvereinbarung der Kopfzahlen und Behandlungstage in den einzelnen Behandlungsbereichen ergeben, in allen Modellen Mehr- und Mindererlöse zu beiden Seiten vollständig ausgeglichen.

Für die Weiterentwicklung des Gesamtbudgets wurden Regelungen vereinbart. Neben der jährlichen Anpassung in der Höhe des Veränderungswertes, werden in der Regel auch die Veränderungen von Patientenströmen berücksichtigt.

Die inhaltliche Ausgestaltung der Behandlung ist abhängig vom jeweiligen Behandlungskonzept der Klinik. Ziel ist dabei eine patientenorientierte und sektorenübergreifende Versorgung, die sich am individuellen Bedarf orientiert und durch Nutzung alternativer Behandlungsangebote eine Verringerung der vollstationären Behandlungstage ermöglicht. Das Spektrum reicht hier von einem verbesserten tagesklinischen Angebot, über eine aufsuchende Behandlung bis hin zur Etablierung einer ambulanten Akutbehandlung. Darüber hinaus erfolgt eine stärkere Vernetzung der Klinik mit den komplementären Leistungserbringern in der Versorgungsregion.

Die Abrechnung erfolgte in elf Modellen im Anschluss an eine Übergangsphase nach Modellbeginn, in der Modellpflegesätze abgerechnet wurden, nach PEPP. In einem Modell (Lüneburg) werden monatlich Abschläge des Gesamtbudgets an die Klinik gezahlt, die Abrechnungsdokumentation erfolgt hier über spezielle Modellentgelte.

Die Abrechnung der ambulanten Leistungen erfolgte in sehr unterschiedlicher Weise. Die Modelle in Schleswig-Holstein erhalten eine Kontaktpauschale, in einigen Kliniken erfolgt die Vergütung nach Einzelleistungen (Bayerisches Modell) gemäß Landeskatalog. Die Kliniken in Nordrhein-Westfalen, Berlin, Hessen und Brandenburg haben individuelle Einzelleistungen vereinbart, lediglich in Lüneburg werden die ambulanten Leistungen über monatliche Abschläge auf das Gesamtbudget finanziert.

Gemeinsames Ziel dieser verschiedenen Abrechnungsvarianten ist die Leistungs- und Ausgabentransparenz innerhalb des vereinbarten Gesamtbudgets.

5.5 Gesetzliche Evaluation gemäß § 65 SGB V

5.5.1 Erläuterung

Die gesetzliche Evaluation der Modellvorhaben nach § 65 i. V. m. § 64b SGB V wird durch ein unabhängiges wissenschaftliches Konsortium bestehend aus der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden (Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung sowie Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie), dem Wissenschaftlichen Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG² GmbH) in Leipzig sowie dem Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMG) der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg durchgeführt.

Der Vergabe der Evaluation war eine europaweite Ausschreibung seitens der gesetzlichen Krankenkassen vorangegangen, in der alle wissenschaftlichen Institutionen aufgerufen waren, entsprechende konzeptionelle Vorschläge zur Evaluation zu unterbreiten.

Das Evaluationsverfahren wird durch ein Konsortium aus ca. 100 Krankenkassen begleitet, die sich im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen haben. In dem Evaluationsprojekt werden 18 der 21 Modellvorhaben durch das Konsortium evaluiert.

Auf der Grundlage des Evaluationskonzeptes werden alle Modellvorhaben nach einheitlichen Standards auf Basis von Routinedaten evaluiert und mit der Regelversorgung verglichen. Dieses kontrollgruppenbasierte Design beinhaltet in der letzten Ausbaustufe die Betrachtung von mehreren 10.000 Patienten aus nahezu allen psychiatrischen Indikationen über einen Zeitraum von sieben Jahren. Die große Patientenzahl aller beteiligten Krankenkassen und die Einbeziehung einer Vielzahl von Routinedaten aus allen Sektoren erlauben eine fundierte Aussage über die Wirksamkeit der Modellvorhaben gegenüber der Regelversorgung. Neben einigen Hauptindikatoren wird eine Vielzahl von weiteren Outcomes untersucht, deren Interpretationen für die Weiterentwicklung der Modellvorhaben von großer Bedeutung sind.

Neben dem gesetzlichen Evaluationsauftrag wurde durch die Krankenkassen eine ergänzende Untersuchung angeregt. Im Rahmen eines Innovationsfondsprojektes (PsychCare) werden dafür Primärdaten zur verbesserten qualitativen Beurteilung der Modellvorhaben erhoben und mit den Sekundärdaten der Krankenkassen verknüpft. Die umfangreichen routinedatenbasierten Auswertungen werden somit um die Perspektive der Patienten und der Kliniken ergänzt und vervollständigen die umfangreiche Bewertung der Modellvorhaben.

Dieses Vorgehen unterscheidet sich somit deutlich von den individuellen Projekten, die mit unterschiedlichen Akteuren, mit sehr unterschiedlichen Fragestellungen und unterschiedlichen Datengrundlagen erarbeitet wurden.

5.5.2 Ergebnisse – Zwischenstand

Aufgrund der noch laufenden Evaluation einiger Modellvorhaben durch das unabhängige, wissenschaftliche Konsortium kann zum jetzigen Zeitpunkt lediglich ein Zwischenstand zu den Evaluationsergebnissen wiedergegeben werden. Die Zusammenfassung des aktuellen Standes wurde seitens des zuständigen Evaluationskonsortiums mit Stand 04/2019 erstellt. Im Folgenden werden die Ergebnisse im Auszug dargestellt. Die vollständige Zusammenfassung ist dem Anhang 2 beigefügt.

Die Zusammenfassung bezieht sich auf 13 erste Zwischenberichte und vier zweite Zwischenberichte der insgesamt 21 Modellkliniken, von denen 18 an der gesetzlichen Evaluation teilnehmen (drei Modelle erfüllen ihre gesetzlichen Evaluationspflichten über eigene Projekte). Der Beobachtungszeitraum umfasst ein Jahr (erste Zwischenberichte) bzw. bis zu drei Jahre (zweite Zwischenberichte).

Im Rahmen der Auswertung der ersten Zwischenberichte erfolgt ein Vergleich zwischen dem ersten Modelljahr und dem Jahr vor Modellstart. Die Auswertung der zweiten Zwischenberichte bezieht sich auf die drei Jahre nach Einschluss des Patienten. Als Kontrollgruppe dienten Patienten anderer Kliniken.

Da in einigen Kliniken bereits vor Umsetzung der Modellvorhaben Programme und Strukturen mit ähnlichen Inhalten umgesetzt wurden, wurde bei der Auswertung zur Vermeidung von interventionsähnlichen Effekten zwischen klinikbekannten und klinikneuen Patienten unterschieden.

Die folgende Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse stellt das Fazit des Zwischenberichtes als Auszug dar.

Bezüglich der *Daue stationäre Aufenthalte* ist abzuleiten, dass es Hinweise zur Bestätigung der aufgestellten Hypothese einer verringerten Aufenthaltsdauer in Modellkliniken gegenüber der Kontrollgruppe gibt. Der gepoolte Schätzer bei der Betrachtung des jeweils ersten Jahres bei den 13 Ersten Zwischenberichten gibt an, dass bei den klinikneuen Patienten der Modellkliniken der Anstieg der vollstationären Behandlungstage im Schnitt ca. 5 Tage geringer ausfiel im Vergleich zu den jeweiligen Kontrollgruppen. Das beschriebene zeitliche Muster bei der Untersuchung der ersten drei Jahre nach Einschluss in die Evaluation weist darauf hin, dass die Einführung der Modellprojekte bei den vier Modellvorhaben der Zweiten Zwischenberichte besonders im patientenindividuellen ersten Jahr nach Modellstart verkürzend auf die vollstationäre Behandlungsdauer gewirkt hat und stattdessen zu längeren Behandlungszeiten im teilstationären Bereich geführt haben.

Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter Kontakte zwischen beiden Gruppen können die gefundenen Effekte in der vollstationären Behandlungsdauer nicht bzw. nicht vollständig erklären.

Weiterhin kann die Inanspruchnahme in der PIA mit Routinedaten nur bedingt abgebildet werden, da die Inhalte und Intensität der PIA-Kontakte mit den vorliegenden Daten nicht vollständig abbildbar sind. Es scheint also in den vier bisher untersuchten Modellen mit Zweiten Zwischenberichten in der Modellklinik vornehmlich eine Umsteuerung vom vollstationären auf den teilstationären Bereich zu geben. Zu beachten ist jedoch, dass die vier hier untersuchten Modellkliniken ausschließlich aus Schleswig-Holstein kommen und einen Vorläufervertrag aufweisen. Die Muster in den anderen Modellkliniken können abweichen und müssen noch untersucht werden. Bezüglich der klinikbekannten Patienten, weist das bereits im Präzeitraum ersichtliche unterschiedliche Niveau der vollstationären und teilstationären Behandlungstage darauf hin, dass die Vorverträge in den vier hier beschriebenen Modellkliniken der Zweiten Zwischenberichte schon vor der Einführung des Modellprojektes nach § 64b SGB V auf eine geringere vollstationäre und eine erhöhte teilstationäre Behandlungsdauer wirkten.

Beim Zielparameter *Arbeitsunfähigkeit von e werbstätigen Versicherten* wurden für die einzelnen Modelle der 13 Ersten Zwischenberichte zumeist signifikante Effekte gefunden. Die Richtung der Effekte war dabei jedoch sehr unterschiedlich. Dabei wurde besonders bei Modellen mit Vorläufervertrag ein hypothesenkonformer Effekt im Sinne einer reduzierten Arbeitsunfähigkeitsdauer festgestellt. Dies kann möglicherweise daran liegen, dass Vorläufermodelle die Umstellung der Behandlung auf Modellbedingungen erleichtern, sodass Modelleffekte bei Kliniken mit Vorläufervertrag schneller zum Tragen kommen als bei Kliniken ohne Vorvertrag. Bei den vier Zweiten Zwischenberichten ließen sich auch Tendenzen in unterschiedliche Richtungen erkennen, so dass hier noch keine abschließende Beurteilung möglich ist.

Für diesen Parameter muss einschränkend erwähnt werden, dass die Arbeitsfähigkeit und ggf. die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt von psychisch Erkrankten nur bis zu einem gewissen Grad beeinflusst werden kann. Der Arbeitsmarkt für diese Patienten unterliegt vielen verschiedenen Faktoren, die durch eine veränderte Behandlung nur teilweise geleitet werden können.

Die weitgehende Vergleichbarkeit der Muster der weiteren Zielparameter zeigt, dass die Qualität der Behandlung zwischen IG und KG vergleichbar ist und somit trotz der Einsparung von vollstationären Behandlungstagen keine Verringerung der Qualität ersichtlich ist, soweit das mit Routinedaten zu beurteilen ist. Weiterhin ist jedoch anzumerken, dass die Abbildung einiger sekundärer Zielkriterien (z.B. Leitlinienadhärenz oder Progression der psychischen Erkrankung) mit Routinedaten nur eingeschränkt aussagekräftig sind. Studien mit direkter Datenerhebung am Patienten, wie bspw. „PsychCare“, werden bezüglich der Versorgungsqualität zusätzliche wichtige Erkenntnisse liefern.

Eine abschließende übergreifende Bewertung bezüglich der Kosten ist derzeit noch nicht möglich. So lassen sich neben der insgesamt hohen Heterogenität der Effekte auf Modellebene in einigen Modellvorhaben Preiseffekte erkennen, bei denen Ausgleichszahlungen aus dem Zeitraum vor Modellbeginn die Kosten des ersten Jahres beeinflussen. Das Herausrechnen der Ausgleichszahlungen ist jedoch unter der momentan verwendeten Methodik nicht möglich. Für die Abschlussberichte ist eine Anpassung der Methodik geplant, um diese Verzerrungen adäquat zu berücksichtigen.

Eine Aussage zur Kosteneffektivität ist für das erste Jahr nach Modellbeginn aus genannten Gründen ebenfalls nur sehr eingeschränkt möglich. Bei den vier Schleswig-Holsteiner Modellen, für die auch die Kohorte der Patienten, deren Interventionsbeginn im dritten Modelljahr lag, berücksichtigt werden konnten, lassen sich allerdings etwas sicherere Aussagen treffen, da hier die ausgleichsinduzierten Preiseffekte nicht mehr in so großem Maß wirken bzw. über die Entgeltsystematik herausgerechnet werden können. So zeigten sich im gepoolten Mittel der vier Modelle eine kostengünstigere Versorgung und eine geringere Anzahl vollstationärer Behandlungstage und somit eine kosteneffektive Verwendung der Mittel. Es muss jedoch einschränkend erwähnt werden, dass zwar in allen vier Modellen weniger vollstationäre Behandlungstage anfielen, die Kosten jedoch heterogener verteilt waren: so ließen sich in zwei Modellen geringere und in zwei Modellen höhere Versorgungskosten verzeichnen. Da sich aber lediglich für die Modelle mit geringeren Kosten statistische Signifikanz ergab, kann jedoch insgesamt von einem Trend zur kostengünstigeren und kosteneffektiveren Versorgung ausgegangen werden.

[uszug aus dem Zwischenbericht zur Evaluation EVA64; der vollständige Zwischenbericht ist dem Anhang 2 beigefügt.]

5.6 Evaluationen aus der Perspektive der Krankenhäuser zu den Modellprojekten gemäß § 64b SGB V

5.6.1 Hintergrund

Neben der unter 5.5 dargestellten wissenschaftlich unabhängigen und gesetzlich vorgeschriebenen Evaluation gemäß § 65 SGB V im Auftrag der Krankenkassen und ihrer Verbände (EVA64), die hauptsächlich auf der Analyse vorliegender Routinedaten basiert, gibt es eine Reihe weiterer Forschungsvorhaben, die eine Evaluation der Modellversorgung nach § 64b SGB V aus Perspektive der Krankenhäuser anstreben. Nachfolgende und im Anhang 3 aufgeführte Ausführungen der einzelnen Forschungsvorhaben und ihrer Erkenntnisse basieren auf Rückmeldungen der Krankenhäuser, welche die DKG gesammelt hat und als Auszug darstellt. Eine ausführliche Darstellung der einzelnen Forschungsvorhaben aus den Krankenhäusern ist dem Anhang 3 beigefügt.

Mehrere Modellvorhaben nach § 64b SGB V bauen auf Vorläuferverträgen auf, insbesondere auf Vereinbarungen nach § 26 BPflV zum Regionalen Psychiatriebudget (RPB), woraus eine komplette Budgetverantwortung einiger stationärer Leistungserbringer vor allem in Schleswig-Holstein für eine gesamte Versorgungsregion resultierte. In 2013 sind alle diese Verträge in die Rahmenbedingungen des § 64b SGB V überführt worden, wobei es in Bezug auf die konkreten Umstrukturierungsprozesse deutliche Übereinstimmungen zwischen beiden Vertragsmodellen gab. Der Vollständigkeit halber ist an dieser Stelle auf die Forschungsvorhaben zu den Auswirkungen der RPB zu verweisen, die in diesen Bericht keinen Eingang finden.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Forschungsvorhaben, dass die Modellprojekte des § 64b SGB V sehr vielfältige Versorgungsstrukturen und -prozesse herausbilden können. Diese Unterschiede lassen sich u. a. durch die lokalen Versorgungskontexte, die politischen Unterstützungs- und Entscheidungsprozesse und die Ziele der Akteure vor Ort begründen. Trotz dieser Unterschiede gibt es verschiedene studienübergreifende Erkenntnisse, die sich durch wiederkehrende Ergebnisse stützen lassen. Diese Erkenntnisse sind als vorläufig einzuschätzen, weil einige Forschungsvorhaben noch Daten erheben und Ergebnisse erst im Jahr 2020 oder 2021 anbieten können.

5.6.2 Erste zusammenfassende Ergebnisse

Die Verschiebung von Behandlungen und Behandlungsphasen geht im Versorgungsalltag einher mit einer Reihe von strukturellen und prozessualen Umstrukturierungen: Erste Ergebnisse der Untersuchungen geben Hinweise darauf, dass stationäre Behandlungsplätze abgebaut werden und gleichzeitig eine Aufweitung des ambulanten und teilstationären Leistungsangebotes erfolgt. Hieraus kann ein Anstieg von ambulanten und teilstationären Fällen und gleichzeitiger Reduktion vollstationärer Verweildauern und Behandlungstage resultieren. Neue Behandlungskonzepte werden entwickelt, die insgesamt mehr Behandlungskontinuität und Flexibilität, also personenzentrierte Unterstützung, erlauben. Modelle mit einer sektorenübergreifenden Kooperation, also einer Kooperation über die fiktiven oder realen Krankenhausmauern hinweg, bleiben dabei noch die Ausnahme.

In Bezug auf eine mögliche Verbesserung der Versorgungsqualität wird in kontrollierten Studien eine Verbesserung des Funktionsniveaus beschrieben. In einzelnen Studien mit unterschiedlichen Ansätzen reduzierten sich unter Modellbedingungen die Symptomlast, die Krankheitsschwere und die Suizidalität bei Aufnahme und Entlassung. Interessant sind auch die Ergebnisse einer Studie, die eine Reduktion der Anzahl und Dauer von Unterbringungen nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) unter Modellbedingungen sowie eine reduzierte Anzahl von Fixierungen nachweist.

Neben diesen objektivierbaren Outcome-Kriterien zeigt sich, dass die Patienten mit der Modellversorgung zufrieden sind. Sowohl in einer standardisierten Befragung als auch mit Hilfe qualitativer Instrumente lässt sich einrichtungsübergreifend eruieren, dass die Umstrukturierungen infolge der Modellversorgung für die Patienten im Alltag erlebbar sind. Der Erfahrungsgrad steigt dabei mit steigendem Implementierungsgrad. Und auch die positive Bewertung der Modellversorgung steigt mit steigendem Erfahrungs- und Implementierungsgrad.

Die Mitarbeitenden zeigen sich ambivalenter. Die Umstrukturierungen können viel Mehrarbeit bedeuten, obschon sie in einer Studie auch zu einer Reduktion von Überstunden führten. Deutlich wird eine Kompetenzentwicklung der Mitarbeitenden über die Berufsgruppen hinweg. Vor allem die Pflege beschreibt eine Aufwertung der eigenen Berufsgruppe durch die modellspezifischen Umstrukturierungen. Allerdings sind hier insbesondere Unterschiede zwischen einzelnen Kliniken erwartbar, abhängig von der Beteiligung aller Kostenträger und damit aller Patienten des Krankenhauses oder nur eines oder weniger Kostenträger und somit nur einem kleinen Teil der Patienten. Gerade in Kliniken, in denen Modellversorgung neben Regelversorgung erfolgen muss, dürften sich sehr verschiedene Sichtweisen von Mitarbeitenden entwickeln.

Die Effekte auf die Angehörigen sind weniger untersucht. Laufende Studien werden hier weitere Erkenntnisse bringen. Deutlich wird bisher, dass die verstärkt ambulante Behandlung der Krankenhäuser von Angehörigen zu Beginn der Implementierung zunächst durchaus auch als belastend erlebt werden kann. Dennoch befürworten Angehörige die festen Ansprechpartner, die durch eine Stärkung der Behandlungskontinuität entstehen. Ferner schätzen sie die Flexibilisierung des Behandlungsangebotes sehr. In der internationalen Literatur sind negative Aspekte nicht beschrieben (Murphy et al. 2015)[29], so dass ein Umstellungseffekt als Grund hierfür wahrscheinlich erscheint.

[29] Murphy SM, Irving CB, Adams, CE, Waqar M (2015): Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12.

6. Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik

Gemäß § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG sind in den Bericht die Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einzubeziehen.

In einem gemeinsamen Schreiben des GKV-Spitzenverbandes, der PKV und der DKG vom 09.04.2019 wurden insgesamt 23 Organisationen aufgefordert, eine Stellungnahme zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen abzugeben. Der Zeitraum des Stellungnahmeverfahrens umfasste die Zeitspanne vom 09.04.2019 bis 06.05.2019. Von den 23 angeschriebenen Organisationen haben neun Organisationen eine Stellungnahme übersandt. Das Anschreiben an die Fachverbände ist dem Anhang 4 zu entnehmen.

Die Stellungnahmen sind im vollständigen Wortlaut im Anhang 5 beigefügt.

7. Fazit

7.1 Bewertung des GKV-Spitzenverbandes

Der vorliegende Bericht über die Auswirkungen des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), über die ersten Anwendungserfahrungen sowie über die Anzahl von Modellvorhaben und über die ersten Erkenntnisse zu diesen Modellvorhaben vermittelt zum einen den Stand der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und zum anderen lässt sich aus ihm bereits gesetzgeberischer Handlungsbedarf ableiten.

Mit der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung verfolgt der Gesetzgeber das erklärte Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung zu erreichen. Daher sind dies die zentralen Kriterien, anhand derer sich die Auswirkungen des Systems messen lassen müssen.

PEPP als Abschlagssystem führt nicht zur Leistungsgerechtigkeit

Die mit dem PsychVVG vorgenommenen Änderungen am ursprünglich geplanten Entgeltsystem haben PEPP zu einem Abschlagssystem degradiert. Insbesondere die geänderte Budgetfestsetzung, die nun keinen klaren Regeln mehr unterliegt, konterkariert das Ziel der Leistungsgerechtigkeit. Der als scheinbares Substitut für die Konvergenz eingeführte Krankenhausvergleich stellt lediglich eine Orientierungsgröße für die Krankenhäuser und Krankenkassen vor Ort dar, die neben anderen Faktoren ab dem Jahr 2020 das Budget mitbestimmen soll.

Die Aussagekraft des Krankenhausvergleichs als Vergleich von Entgelten und Leistungen hängt wesentlich von der Leistungsorientierung des PEPP-Systems ab und damit von der Qualität der Leistungsbeschreibungen im OPS. Wie weiter unten ausgeführt und von mehreren Stellungnehmenden angemerkt wird, besteht hier noch erheblicher Entwicklungsbedarf.

Als weitere Vergütungsinstrumente hat der Gesetzgeber die Möglichkeit eröffnet, Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten und für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu vereinbaren. Hieraus werden sich mehrere Probleme ergeben: Es mangelt an klaren Regeln für die Vereinbarung und an einer Definition von regionalen und strukturellen Besonderheiten (vgl. auch Stellungnahme der DGPM), so dass sich ein heterogenes Vereinbarungsgeschehen abzeichnet und damit ein Verlust an Leistungsgerechtigkeit. Es gibt keine klare Abgrenzung zwischen regionalen und strukturellen Besonderheiten einerseits und neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden andererseits. Es steht zu befürchten, dass es zu Doppelvergütungen kommen kann. Durch die Abkehr vom Preissystem ist der Zweck einer gesonderten extrabudgetären Finanzierung

für neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren in den ersten Jahren einer Neueinführung entfallen. Die Vertragsparteien können Entgelte für derartige Besonderheiten, die neu sind und noch nicht im Entgeltkatalog sachgerecht abgebildet werden, auch als regionale und strukturelle Besonderheiten vor Ort vereinbaren. Steigende Kosten durch neue Therapien werden die Krankenhäuser zudem ohnehin in den Budgetverhandlungen geltend machen, was sich in einer Erhöhung des krankenhausindividuellen Basisfallwertes bemerkbar macht.

Weiterhin fehlende Transparenz

Transparenz über die psychiatrische Versorgung dient der Aufgabe, den Stand der Versorgung und damit ggf. Unter- und Fehlversorgung beurteilen und begegnen zu können. Die Güte der Informationen über die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung hängt maßgeblich von der Qualität der Leistungsbeschreibungen im OPS ab. In der Vergangenheit wurde der OPS vorrangig mit dem Fokus der Vergütungsrelevanz entwickelt und fortgeschrieben. Ergebnis ist ein vielfach kritisierter Katalog, wie auch den Stellungnahmen von ackpa, bagkjpp und dgkjp, BPtK, Deutscher Pflegerat und DGPPN zu entnehmen ist.

Die Kritik, dass der OPS wenig mit dem Alltag der Krankenhausmitarbeiter zu tun hätte und Kodierung als reiner Zusatzaufwand statt als Entlastung wahrgenommen wird, ist zunächst nachvollziehbar. Unverständlich ist jedoch, dass in der Vergangenheit Weiterentwicklungsvorschläge des GKV-Spitzenverbandes und des MDK, die beim DIMDI eingereicht wurden und die sich inhaltlich am konkreten Versorgungsgeschehen der sprechenden wie der Arzneimitteltherapie in der Psychiatrie orientierten, von vielen Fachgesellschaften und der DKG pauschal abgelehnt wurden. Gleiches gilt für den OPS-Vorschlag der Kostenträger, standardisierte Instrumente zur Erfassung der Krankheitsschwere der Patienten (beispielsweise HoNOS) zu Beginn des stationären Aufenthaltes als auch bei Entlassung einzuführen. Damit könnten sowohl weitere Kostentrenner identifiziert als auch eine erste Outcome-Orientierung implementiert werden. Umso überraschender ist es, dass die DGPPN nun wiederum kritisiert, dass das Entgeltsystem in keiner Weise auf das Erreichen eines positiven Krankheitsausgangs ausgerichtet sei. Präzisere Leistungsbeschreibungen im OPS könnten darüber hinaus qualitätssichernde Impulse setzen. Vor dem Hintergrund, dass es bis heute keine G-BA-Qualitätssicherungsvorgaben oder -messungen für die Psychiatrie gibt, wäre dies umso wichtiger.

Kodierung und MDK-Prüfungen notwendig

Das Ziel der Leistungsgerechtigkeit ist nur erreichbar, wenn das Leistungsgeschehen in Form von OPS-Kodes erfasst und überprüft wird. Anders wäre mittelfristig keine Gerechtigkeit erreichbar. Daher ist es systemimmanent, dass in einem leistungsorientierten Vergütungssystem Prüfungen stattfinden und auf eine an allen Standorten der Versorgung gleichermaßen stattfindende Kodierung hingearbeitet wird.

Darüber hinaus berichten MDK-Mitarbeiter, dass sie im Zuge ihrer Prüfungen die Krankenhausmitarbeiter bei der PEPP-Einführung auch unterstützen. Die Einführung eines neuen Vergütungssystems stellt einen gemeinsamen Lernprozess für Kliniken, MDK und Krankenkassen dar.

Die Leistungskodierung ist von wesentlicher Bedeutung in der Versorgung und im Vergütungssystem. Dem vielfach bemühten Bürokratievorwurf sollte mit einer konsequenten Digitalisierungsstrategie und einem praxisnahen OPS begegnet werden. Die in den Stellungnahmen u. a. vom Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands geäußerte Kritik an den MDK-Prüfungen ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nur bedingt nachvollziehbar.

Personalausstattung nachweisen und Bemessungsinstrumente neu justieren

Die Nachweise zur Besetzung mit therapeutischem Personal anhand der Psych-PV haben erstmals die Personalsituation an den Kliniken transparenter werden lassen. In der Vergangenheit kam es wiederholt zur Mehrfachfinanzierung von Personal durch die Krankenkassen, da Nachweise über eine zweckentsprechende Mittelverwendung fehlten. Dieser Prozess läuft nun mit dem Wegfall der Psych-PV aus. Eine wirksame Zweckbindung der Budgetmittel für therapeutisches Personal fehlt im neuen Budgetsystem.

Erkennbar ist, dass noch ein relevanter Anteil an Krankenhäusern nicht den sich aus der Psych-PV ermittelten Personalbedarf erfüllt. Hier kann eine Unterversorgung angenommen werden, dem zum Schutze des Patienten mit einer Mengenbegrenzung begegnet werden muss, sodass es zu einem bedarfsgerechten Verhältnis von therapeutischem Personal zu Patienten kommt. Vor dem Hintergrund des identifizierten Ambulantisierungspotenzials in der psychiatrischen Versorgung scheint diese Konsequenz sachgerecht. Deutschland verfügt im europäischen Vergleich in der psychiatrischen Versorgung über die meisten Krankenhausfälle je Einwohner.

Um zunächst in allen psychiatrischen Kliniken auf das personelle Versorgungsniveau entsprechend der Psych-PV zu kommen und um eine gewisse Routine in das Nachweisgeschehen zu bringen, wäre es für die Krankenhäuser und Krankenkassen hilfreich gewesen, den Prozess zwei bis drei Jahre fortzuführen, ehe neue Personalvorgaben festgelegt werden. Dies liegt u. a. an der unterschiedlichen Bedeutung der Psych-PV und an den zukünftigen G-BA-Vorgaben: Die Psych-PV wird in der bisherigen Anwendung als Personalanhaltszahl zur Budgetermittlung genutzt. Die neuen Vorgaben des G-BA sind ordnungspolitisch gesehen Mindestvorgaben, unterhalb derer keine Patientenversorgung stattfinden darf. Das „alte“ Instrument der Psych-PV als Anhaltszahl für eine angemessene Personalausstattung wird es ab dem Jahr 2020 nicht mehr geben, wodurch im neuartigen Budgetsystem eine Informationslücke mit erheblichen Schwierigkeiten für die Budgetvereinbarungspartner vor Ort erzeugt wird.

Modellevaluation abwarten und PIA-Versorgung mittelfristig weiterentwickeln

Mit Blick auf die Modellvorhaben nach § 64b SGB V wären endgültige Schlussfolgerungen zum jetzigen Zeitpunkt aufgrund der noch laufenden Evaluation verfrüht. Die erprobten Behandlungskonzepte sind in Abhängigkeit der jeweiligen Versorgungsregion sehr unterschiedlich. Erste Ergebnisse zeigen einen Trend, dass durch veränderte finanzielle Anreize ambulante Angebote stärker genutzt und stationäre Behandlungen reduziert werden. Dieses signifikante Ambulantisierungspotenzial wird auch im aktuellen Sachverständigengutachten zur Entwicklung im Gesundheitswesen herausgearbeitet. Nichtsdestotrotz sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes unbedingt die gesetzlich vorgeschriebenen, unabhängigen Evaluationsergebnisse abgewartet werden, bevor gesetzgeberisch reagiert wird. Die Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Versorgung als „Krankenhausbehandlung an sieben Tagen in der Woche, täglich 24 Stunden zu Hause“ zu einem Zeitpunkt, in dem sektorenübergreifende Versorgungsangebote noch in Modellvorhaben erprobt werden, war für die Modellvorhaben selbst und deren Evaluation sicherlich kein förderliches Signal. Praxistauglicher und effizienter erscheint aus Sicht der Krankenkassen vielmehr der Ausbau der akutambulanten PIA-Behandlung, um dem Ambulantisierungspotenzial mittelfristig Rechnung zu tragen.

Bei der ambulanten Versorgung durch die Krankenhäuser im Rahmen der PIA-Versorgung zeigt sich ein reges PIA-Leistungsgeschehen. Wichtig wäre jedoch, den Versorgungsauftrag durch PIA klar und überprüfbar zu definieren. Hier wird sich auch die Frage stellen, wem in unterversorgten Gebieten der Sicherstellungsauftrag zukommt und wie die Bedarfsplanung weiterzuentwickeln ist. Für den Ausbau der ambulanten psychiatrischen Versorgung durch die Kliniken sollte nicht nur das bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis fortgeschrieben, sondern auch ein bundeseinheitliches Vergütungssystem auf den Weg gebracht werden.

PEPP-Einführung gekennzeichnet von Widerständen und Unsicherheiten

Die Umstellung des Vergütungssystems in Psychiatrie und Psychosomatik war aufgrund des erheblichen Widerstandes und mehrerer gesetzlicher Änderungen sehr verzögert und holprig. Der Bericht zeigt, dass es trotz der Maßnahmen der Selbstverwaltungspartner, mit denen auf die Kritik eingegangen wurde, am politischen Mut fehlt, tatsächlich auf Leistungsgerechtigkeit und Transparenz hinzuwirken. Der nun entstandene Zustand mit Krankenhausvergleich und veränderten Personalregelungen wird auf Seiten der Kostenträger aufgrund der vielen Unklarheiten mit Skepsis begegnet. Hinsichtlich der herrschenden Intransparenz über die psychiatrische Patientenversorgung in den Kliniken ist dringend auf einen Mentalitätswandel hinzuwirken.

Empfehlung für den Deutschen Bundestag und die Bundesregierung

Der GKV-Spitzenverband empfiehlt dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung

- auf eine stringente Anwendung des Krankenhausvergleichs hinzuwirken und konkrete Vorgaben für den Budgetfindungsprozess mit dem Ziel der Leistungsgerechtigkeit zu verankern,

- verbindlichere Vorgaben zu regionalen und strukturellen Besonderheiten zu formulieren,
- die systemfremde Regelung zu den Entgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu streichen,
- auf eine OPS-Weiterentwicklung zu bestehen, die mehr Transparenz über die tatsächliche Patientenversorgung generiert,
- die Digitalisierung der Leistungserfassung in der Psychiatrie voranzutreiben,
- im Anschluss an die Evaluation der Modellvorhaben in der Psychiatrie dem Ambulantisierungspotenzial mit erwiesener Maßen geeigneten Maßnahmen Rechnung zu tragen, und
- die Selbstverwaltungspartner zu beauftragen, ein bundeseinheitliches Vergütungssystem für die PIAs zu entwickeln.

Es bleibt noch viel zu tun, um Leistungsgerechtigkeit und Transparenz in der psychiatrischen Versorgung durch die Krankenhäuser durchzusetzen. Dies ist nicht nur aus Sicht der Versicherten und Patienten überfällig, sondern sollte auch aus epidemiologischer Perspektive von übergeordnetem Interesse sein.

7.2 Bewertung der DKG

Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass sich das BMG und der Deutsche Bundestag vor der „Scharfschaltung“ des Psych-Entgeltsystems im Jahr 2020 mit dem aktuellen Stand der Systementwicklung und den Erfahrungen aus der Anwendung des Systems befassen wollen. Aus Sicht vieler Krankenhäuser ist das PEPP-System trotz der vielfältigen Bemühungen in den letzten sieben Jahren nicht geeignet, um die Vielfalt und Individualität der psychiatrischen Versorgung sachgerecht abzubilden. Zudem ist der hohe Aufwand durch umfangreiche Dokumentationspflichten und einem starken Anstieg der Rechnungsprüfungen durch den MDK unter den neuen Rahmenbedingungen nicht mehr zu rechtfertigen. Sicherlich hat das PsychVVG wesentlich zur Akzeptanz des PEPP-Systems beigetragen. Dennoch ist aus Sicht der DKG kritisch zu prüfen, ob weitere Maßnahmen ergriffen werden können. Vor allem aber sind in Verbindung mit dem Entgeltsystem auch die neuen Rahmenbedingungen zu beachten. So hat die Einführung der Nachweispflichten zur Personalausstattung die Budgetverhandlungen für die Jahre 2017 bis 2019 grundlegend verändert. Ab dem Jahr 2020 wird zudem noch der Krankenhausvergleich wirksam. Zeitgleich soll die Psych-PV durch die Personalmindestanforderungen des G-BA abgelöst werden. Es ist nachvollziehbar, dass die vielen und tiefgreifenden Systemveränderungen sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch bei den Krankenkassen mit großer Verunsicherung verbunden sind. Zudem werden die Personalmindestanforderungen und deren Umsetzung in den Budgetverhandlungen wesentlich stärker und nachhaltiger auf die Patientenversorgung und die wirtschaftlichen Risiken der Krankenhäuser wirken als das PEPP-System. Die aktuellen Beratungen des G-BA zu den Personalanforderungen haben bei den Krankenhäusern zu großen Irritationen geführt. Die vielen aufgeworfenen Fragen über das Zusammenwirken von Personalnachweis, PEPP-System mit Krankenhausvergleich, Personalmindestanforderungen und Pflegesatzrecht müssen kritisch geprüft und zeitnah geklärt werden. Anschließend ist in der Gesamtschau ergebnisoffen zu diskutieren, inwieweit die Beibehaltung des PEPP-Systems unter den neuen Rahmenbedingungen fachlich und ordnungspolitisch sinnvoll ist.

Entwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems

Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene wurden mit dem KHRG im Jahr 2009 beauftragt, für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen. Die DKG hat den gesetzlichen Auftrag konstruktiv angenommen und die Systementwicklung gemeinsam mit den Selbstverwaltungspartnern vorangetrieben. Das InEK hat auf Grundlage seiner langjährigen Kalkulationserfahrung und seiner Expertise in der Entwicklung von pauschalierenden Entgelten Vorschläge erarbeitet und das Entgeltsystem im Rahmen der jährlichen Kalkulationen weiterentwickelt. Die Einführung des PEPP-Systems wird allerdings seit Beginn an von Kritik und geringer Akzeptanz begleitet. Die Selbstverwaltung hat im Jahr 2014 mit grundlegenden Anpassungen der Entgeltkataloge wesentliche Kritikpunkte aufgriffen. So wurde von verweildauerabhängigen Vergütungsstufen auf Vergütungsklassen umgestellt sowie Ergänzende Tagesentgelte und

die Abrechnungsfähigkeit des Entlassungstages eingeführt. Zudem wurden die Vorschriften zur Fallzusammenführung mehrfach angepasst, um den administrativen Aufwand zu reduzieren. Im vierten Jahr nach der Umsetzung ist festzustellen, dass die Wirkung der Maßnahmen eher mäßig ist. So kommen die Ergänzenden Tagesentgelte, mit denen die Tagesvariabilität des Behandlungsaufwandes besser berücksichtigt werden sollte, kaum zur Anwendung. Die Abrechnung des Entlassungstages hat dazu geführt, dass die medizinische Notwendigkeit des Entlassungstages von den Krankenkassen zunehmend in Frage gestellt wird und somit für die Krankenhäuser neuer Prüfaufwand und neue Erlösrisiken entstanden sind.

Das InEK hat nunmehr sieben Jahre in Folge sehr umfangreiche Analysen durchgeführt, um eine bessere Abbildung und Bewertung der Leistungen zu erreichen. Dabei hat das InEK dem Grundsatz zu folgen, dass nur Anpassungen umgesetzt werden, die durch die empirischen Daten belegbar sind. Somit steht die Suche in den Daten nach Merkmalen und Leistungen, die Kostenunterschiede begründen können, im Vordergrund. Dies hat insbesondere in den ersten Jahren zu einer massiven Zunahme der Dokumentationspflichten der Krankenhäuser geführt. Es hat sich gezeigt, dass davon jedoch nur ein geringer Teil als „Kostentrenner“ vergütungsrelevant geworden ist. Zudem ist das InEK auf die Unterstützung der Anwender des Systems, insbesondere auf die Krankenhäuser, angewiesen. Die Beteiligung am Vorschlagsverfahren hat in den vergangenen Jahren deutlich abgenommen. Dies ist neben der mangelnden Akzeptanz des Systems dadurch zu erklären, dass es in der Psychiatrie kaum möglich ist, den individuellen Behandlungsaufwand durch einzelne Leistungen oder auch Komplexleistungen sinnvoll zu beschreiben. Die freiwillige Teilnahme der Krankenhäuser an der Kalkulation hat sich über die Jahre nur unwesentlich verbessert. Die Ende des Jahres 2017 umgesetzte, sanktionsbehaftete Verpflichtung von 20 Krankenhäusern zur Teilnahme an der Kalkulation hat bei den betroffenen Krankenhäusern sicherlich nicht vertrauensbildend gewirkt. Inwieweit die Verpflichtung zu einer Verbesserung des Entgeltkatalogs beitragen wird, bleibt abzuwarten. Im Ergebnis ist festzustellen, dass der PEPP-Katalog in den letzten sieben Jahren in vielen Details weiterentwickelt werden konnte, sich aber nicht wesentlich verändert hat. Nach wie vor wird der überwiegende Teil der Behandlungsfälle durch sehr wenige PEPP-Entgelte abgebildet. Dies kann auch dadurch bedingt sein, dass strukturell bedingte Kostenunterschiede in einem ausschließlich leistungsbezogenen System nicht berücksichtigt werden können. Inwieweit dies durch Zuschläge gelingt, die ab dem Jahr 2020 mit den Krankenkassen vereinbart werden können, bleibt abzuwarten.

Auch die Gesundheitspolitik hat in den vergangenen Jahren dankenswerterweise mehrfach Maßnahmen zur Anpassung des Systems ergriffen. So wurde die freiwillige Einführungsphase wiederholt verlängert und auch finanzielle Anreize für einen freiwilligen Umstieg auf das neue Entgeltsystem gewährt. Dennoch sind die Krankenhäuser aus unterschiedlichen Gründen nur sehr zögerlich auf das PEPP-System umgestiegen. Trotz finanzieller Anreize ist in den fünf Jahren lediglich die

Hälfte der Krankenhäuser freiwillig umgestiegen. Seit dem Budgetjahr 2018 ist die Anwendung per Gesetz für alle Krankenhäuser verbindlich.

Entscheidend hat im Jahr 2016 das PsychVVG zur Verbesserung der Akzeptanz beigetragen. Mit dem PsychVVG wurde das ursprüngliche Ziel, das PEPP-System wie das DRG-System als Preissystem einzuführen, durch krankenhausindividuelle Budgets abgelöst. Dabei wird am leistungsbezogenen Entgeltsystem festgehalten und ab dem Jahr 2020 ein leistungsbezogener Krankenhausvergleich eingeführt. Mit dem Ziel, die Ortsebene zu stärken, bleibt es den Vertragsparteien auf der Ortsebene überlassen, wie die Ergebnisse des Krankenhausvergleichs – als einer von mehreren Verhandlungstatbeständen – in den Budgetverhandlungen berücksichtigt werden. Auf Seiten der Krankenhäuser wird allerdings befürchtet, dass die Krankenkassen den Vergleich in erster Linie als Instrument für Budgetabsenkungen einsetzen werden. Daher sollten die gesetzlichen Vorschriften zum Krankenhausvergleich nochmals kritisch geprüft und angepasst werden. Ein weiterer Kritikpunkt der Krankenhäuser betrifft den nach wie vor hohen administrativen Aufwand, durch den der Patientenversorgung unnötig Personal entzogen wird. Mit dem PsychVVG wurde die Selbstverwaltung bereits beauftragt, den Aufwand an die Erfordernisse eines Budgetsystems anzupassen. Da dies aber bisher nicht merklich erfolgt ist, sollte auch in diesem Punkt durch den Gesetzgeber nachgesteuert werden.

Umsetzung der Psych-PV und Einführung von Personalmindestanforderungen

Die Psych-PV soll im Jahr 2020 durch die neuen Personalanforderungen des G-BA abgelöst werden. Die Umsetzung der Personalanforderungen in den Budgetverhandlungen und die Konsequenzen bei Unterschreitung der vereinbarten Stellen ab dem Jahr 2020 wurden bereits mit dem PsychVVG in der BPflV geregelt. Aus der Budgetsystematik ist klar erkennbar, dass das vom Krankenhaus im jeweiligen Jahr vorzuhaltende Personal vereinbart werden soll. Zudem ist die Vereinbarung mit einem Nachweis der tatsächlichen Personalausstattung und der Mittelverwendung gegenüber den Krankenkassen auf der Ortsebene verknüpft. Nunmehr zeichnet sich ab, dass die neuen Personalmindestanforderungen des G-BA ungeachtet des Pflegesatzrechtes als isoliertes Instrument der Qualitätssicherung verstanden werden. Somit wird der G-BA nicht das vorzuhaltende Personal regeln, sondern Mindestvorgaben für das in einem bestimmten Zeitraum (Monats- oder Jahresdurchschnitt) in einer bestimmten Organisationseinheit (Stationsebene oder Krankenhaus) tatsächlich anwesende Personal machen. Es ist offensichtlich, dass die Anzahl des vorzuhaltenden Personals selbst bei Fortschreibung des Psych-PV-Niveaus und in Abhängigkeit der Kleinteiligkeit der Vorgaben des G-BA massiv über den Personalmindestanforderungen liegen wird. Die Streitigkeiten mit den Krankenkassen in den Budgetverhandlungen sind vorprogrammiert. Daher ist eine gesetzliche Klarstellung zum Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf das im Jahresdurchschnitt vorzuhaltende Personal und dessen vollständige Refinanzierung zwingend erforderlich. Sofern der G-BA auch Nachweise und Sanktionen bis hin zum Verlust des Vergütungsanspruches regelt, sind zusätzliche

Nachweise und eine „doppelte Bestrafung“ im Rahmen der Budgethandlungen nicht mehr zu begründen. Daher sollten diese aus der BPflV gestrichen werden.

Im Zusammenhang mit den neuen Personalmindestanforderungen sollten auch die in diesem Bericht dargestellten Auswertungen zur Umsetzung der Psych-PV im Jahr 2017 gesehen werden. Die Aussagekraft der Zahlen ist zwar sehr eingeschränkt, da die Daten aus dem ersten Jahr stammen, in dem die Budgets nach den neuen Bestimmungen des PsychVVG zu verhandeln waren. Die bereits im Vorjahr vereinbarte Personalausstattung wurde weitestgehend fortgeschrieben und die mit dem PsychVVG geschaffene Möglichkeit zur Nachverhandlung zusätzlicher Vollkräfte ist noch nicht bemerkbar. Zudem ist bekannt, dass die Krankenkassen der Budgetvereinbarung vielerorts nur zugestimmt haben, wenn die als budgetrelevant vereinbarte Personalausstattung auch als Personalbedarf nach Psych-PV übernommen wurde. Somit ist zu erklären, dass der „Realisierungsgrad“ im ersten Vereinbarungsjahr nach PsychVVG nahezu 100 % erreicht. Der tatsächliche Personalbedarf nach Psych-PV aus Sicht der Krankenhäuser wird aus den vereinbarten Zahlen nicht erkennbar.

Die Berechnung des „Umsetzungsgrades“ der Psych-PV im Jahr 2017 erfolgt durch den Abgleich der Vereinbarungsdaten für 2017 mit der tatsächlichen Personalausstattung im Jahr 2017. Im Jahr 2017 betrug der Umsetzungsrad der Psych-PV in den erfassten 310 Einrichtungen demnach annähernd 99 %. Hier ist allerdings zu beachten, dass neben der Substitution zwischen den Berufsgruppen gemäß Psych-PV mit der Nachweisvereinbarung der Selbstverwaltung auch eine begrenzte Anrechnung für weitere Berufsgruppen ermöglicht wurde, so dass insbesondere die zur Entlastung der Pflege eingesetzten Mitarbeiter angerechnet werden können. Sofern der G-BA diese Anrechnungsmöglichkeit ausschließt, müssten viele Tätigkeiten an die Pflege rückübertragen werden. Unter diesen Bedingungen würde die Umsetzung der Psych-PV mit dem hier dargestellten Umsetzungsgrad deutlich überschätzt.

Auch wenn der Umsetzungsgrad von durchschnittlich 99 % eine vollumfängliche Umsetzung der Psych-PV im Jahr 2017 vermuten lässt, zeigt die Verteilung nach Krankenhäusern ein differenzierteres Bild. So liegt die Umsetzung der Psych-PV in 47 % der Krankenhäuser unterhalb und in 53 % der Krankenhäuser oberhalb von 100 %. Es stellt sich die Frage, auf welchem Niveau die Mindestanforderungen des G-BA aufsetzen sollen. Sofern die Mindestanforderungen auf das im Monatsdurchschnitt präsente Personal abstellen, würde der tatsächliche Personalbedarf zudem massiv steigen. Hier stellt sich dann wiederum die Frage, ob das erforderliche Personal in diesem Umfang verfügbar ist und ob die Krankenkassen bereit sind, das vorzuhaltende Personal auf Grundlage der aktuellen Budgetvorschriften zu finanzieren.

PIA-Prüfauftrag

In diesem Bericht werden Auswertungen der Daten des Jahres 2016 dargestellt, die im Rahmen des PIA-Prüfauftrages erstellt worden sind. Da der Behandlungsaufwand in den PIAs aus der Dokumentation für das Jahr 2016 nicht erkennbar ist und auch keine Differenzierung der für Kinder und Erwachsene sehr unterschiedlichen Behandlungskonzepte möglich war, ist eine belastbare Interpretation der Zahlen nicht möglich. Der Überblick über die PIAs nach Bundesländern weist dennoch bereits auf große regionale Unterschiede hin. Die Auswertung im Zusammenhang mit der stationären Behandlung zeigt, dass von der rd. 1 Mio. Patienten in den PIAs etwa ein Viertel im Laufe des Jahres 2016 auch in stationärer Behandlung war. Dieser Anteil wäre sicherlich bei einem mehrjährigen Beobachtungszeitraum deutlich höher. Rund drei Viertel der PIA-Patienten hatten im selben Jahr keinen stationären Aufenthalt. Hierunter sind auch die Patienten, bei denen durch die PIA eine stationäre Aufnahme vermieden werden konnte. Inwieweit hierunter auch Patienten sind, die auf Grund der Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung in einer PIA behandelt wurden, ist aus den Zahlen nicht erkennbar. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Analysen keine Antwort auf den Prüfauftrag bieten. Seit dem Jahr 2019 ist der Behandlungsaufwand nach Art und Dauer in den PIAs zu erfassen. Daher ist zu erwarten, dass die Analyse dieser Daten eine Einschätzung zu den Behandlungsarten und Aufwandsunterschieden ermöglicht und somit auch Hinweise auf die Möglichkeiten einer pauschalierenden Vergütung geben wird. Unabhängig davon kann die Frage, ob ambulante psychiatrische Leistungen im PEPP-System und somit in der Krankenhausfinanzierung dauerhaft verankern werden sollten, nur ordnungspolitisch beantwortet werden.

Modellvorhaben

Die unterschiedlichen Modellvorhaben zeigen, dass vielfältige Verbesserungen der Patientenversorgung machbar sind. Charakteristisch für die Modellvorhaben ist, dass die Behandlungsangebote des Krankenhauses entsprechend des individuellen Behandlungsbedarfs eines jeden Patienten und dies auch im Behandlungsverlauf flexibel genutzt werden können. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass auch die Ressourcen des Krankenhauses flexibel eingesetzt werden können. Nur so können auch aufwendige Behandlungen tagesklinisch oder ambulant durchgeführt werden. In der Regel wird diese Flexibilität durch ein mehrjähriges Budget mit moderater Erhöhung ermöglicht. Somit ist die mehrjährige Planungssicherheit für das Krankenhaus von Vorteil, sofern die Anzahl der Patienten nicht deutlich ansteigt. Anderseits besteht ein hohes wirtschaftliches Risiko, dass die Verlagerungen in den tagesklinischen und ambulanten Bereich nach Ablauf des Modellvorhabens nicht mehr ausreichend finanziert werden. Dies könnte ein Grund dafür sein, dass bisher eine relativ geringe Anzahl von Krankenhäusern ein zeitlich befristetes Modellvorhaben mit den Krankenkassen vereinbart hat.

Anhang

Anhang 1: Abschlussbericht der PEPP-Begleitforschung zum 1. Forschungszyklus

Anhang 2: Gesetzliche Evaluation der Modellvorhaben – EVA 64

Anhang 3: Evaluationen aus der Perspektive der Krankenhäuser zu den Modellprojekten gemäß § 64b SGB V

Anhang 4: Anschreiben Stellungnahmeverfahren

Anhang 5: Stellungnahmen der Fachverbände

Anhang 1

zum gemeinsamen Bericht von GKV-Spitzenverband, PKV und DKG
zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 4 Satz 8 KHG
vom 28.06.2019

- **Abschlussbericht der PEPP-Begleitforschung zum 1. Forschungszyklus vom 06.11.2018**

Begleitforschung zu den Auswirkungen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Auftrag nach § 17d Abs. 8 KHG
Endbericht für die Datenjahre 2011–2015

6. November 2018

Hamburg Center for Health Economics (HCHE)
in Zusammenarbeit mit
BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit

Hamburg Center for Health Economics,
Universität Hamburg
Esplanade 36
20354 Hamburg
www.hche.de

BQS Institut für Qualität &
Patientensicherheit GmbH
Wendenstr. 375
20537 Hamburg
www.bqs.de

Jonas Schreyögg
Hans-Helmut König
Matthias Bäuml
Jakob Everding
Viktoria Könitz

Tom Stargardt
Martin Lambert
Simon Frey
Mathias Baumann
Clara Pott

Lukas Kwietniewski
Birgit Linschmann
Norbert Birkner
Amelie Weide
Iris Schütze

Auftraggeber: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) GmbH, Auf dem Seidenberg 3, 53721 Siegburg, www.g-drg.de

Technische Umsetzung des explorativen Datenzugangs: Baqend GmbH, Vogt-Kölln-Straße 30, 22527 Hamburg, www.baqend.com

Kurzfassung

Mit der Einführung des „pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP) ab dem Jahr 2013 erfolgte für die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung der Umstieg von krankenhaus- bzw. abteilungsspezifischen, tagesgleichen Pflegesätzen (TGPS) hin zu einem stärker an der Ressourcenintensität der Behandlung ausgerichteten Vergütungssystem. Ähnlich wie beim diagnosebezogenen Entgeltsystem in der Somatik (DRG) wird auch beim PEPP-Entgeltsystem das Ziel angestrebt, PatientInnen in kostenhomogene Abrechnungsgruppen - die sogenannten PEPPs - einzuteilen.

Der Gesetzgeber hat durch § 17d Abs. 8 KHG den GKV-Spitzenverband, den Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (Selbstverwaltung) damit beauftragt, eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen durchführen zu lassen. Damit sollen insbesondere Veränderungen der Versorgungsstrukturen, der Qualität der Versorgung, die Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche sowie Art und Umfang von Leistungsverlagerungen untersucht werden.

Der Auftrag zur Begleitforschung gliedert sich in drei Berichtszeiträume: in die Datenjahre 2011 bis 2012, die Datenjahre 2013 bis 2015 und die Datenjahre 2016 bis 2018. Bei den festgelegten zeitlichen Abschnitten ist zu beachten, dass sich diese noch auf den ursprünglichen Zeitplan zur Systemeinführung vor Änderung durch das PsychVVG beziehen, da die Begleitforschung vor Inkrafttreten des PsychVVG ausgeschrieben wurde.

Der vorliegende Bericht zum Ende des ersten Forschungszyklus basiert auf Daten für die Jahre 2011 bis 2015. Als Erweiterung des Endberichts zur Nullpunktmessung verfolgt dieser Bericht das Ziel, mit Hilfe deskriptiver und inferenzstatistischer Methoden Veränderungen in den durch den Auftraggeber vorgegebenen Indikatoren zu messen und diese – ggf. im Zusammenhang mit der (freiwilligen) Einführung des PEPP-Entgeltsystems – zu diskutieren. Der Ergebnisteil des Endberichts ist nach Themen gegliedert, die auf die unterschiedlichen Aspekte der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung eingehen.

Die Auswertungen basieren auf Indikatoren aus verschiedenen Bereichen des Versorgungsgeschehens. Gemäß Forschungsauftrag werden sowohl Primär- als auch Sekundärdaten analysiert. Im Kern der Primärdatenerhebung steht die Befragung stationärer Einrichtungen, Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen und der medizinischen Dienste der Krankenkassen. Hierzu wurden entsprechende Fragebögen an die Einrichtungen verteilt. Für die Sekundärdatenanalysen werden Daten nach § 21 KHEntgG, Daten des statistischen Bundesamtes (insb. „Grunddaten der Krankenhäuser“ und „Kostennachweis der Krankenhäuser“), Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 295 und § 301 SGB V, Daten der KJ1-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sowie Daten weiterer Datenhalter – u. a. Daten der für Gesundheits- und Versorgungsaspekte zuständigen obersten Landesbehörden – herangezogen. Auf dieser Basis werden deskriptive statistische Kennzahlen und inferenzstatistische Modelle für einzelne Jahre oder Untergruppen berechnet und anschließend diskutiert.

Ein wichtiges Element der Begleitforschung stellt der explorative Datenzugang dar, der auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) öffentlich zugänglich ist. Dort sind alle publikationsfähigen Daten einsehbar, die diesem Endbericht zugrunde liegen. Eine flexible Filterfunktion ermöglicht den interessierten LeserInnen, die Analyse auf ausgewählte Merkmale eines Indikators einzuschränken (z. B. auf ein bestimmtes Bundesland). Es stehen verschiedene Darstellungsoptionen zur Verfügung.

In den folgenden Absätzen werden die Ergebnisse des Endberichts kurz zusammengefasst.

Veränderungen des Zugangs (Kapitel 4): Die Ergebnisse der durchgeführten Sekundärdatenanalysen für den Zeitraum vor und nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems zeigen ein gemischtes Bild in Bezug auf die Veränderung des Zugangs zur psychiatrischen Versorgung in Deutschland. Im Beobachtungszeitraum ist die Anzahl leistungserbringender Psych-Krankenhäuser moderat angestiegen. Zusammen mit dem ebenfalls beobachteten leichten Rückgang des Anteils vollstationärer Fälle, die in einem psychiatrischen/ psychosomatischen Krankenhaus außerhalb der bezeichneten Pflichtversorgungsregion behandelt wurden, könnte dies als Hinweis für einen verbesserten Zugang zu einer wohnortnahen Versorgung gesehen werden. Die Entfernung der kürzesten Fahrstrecke zwischen Wohn- und Behandlungsort lässt ebenfalls Rückschlüsse darauf zu, ob eine wohnortnahe Versorgung gewährleistet ist. Die Analyse zeigt, dass die Entfernung, die von PatientInnen vom Wohn- zum Behandlungsort zurückgelegt wurde, über den gesamten Beobachtungszeitraum um insgesamt 9,6 Prozent zugenommen hat. Da dies aber auch mit dem überproportionalen Wachstum der Fallzahlen in der Psychosomatik begründet sein könnte, kann keine unmittelbare Einschränkung im Zugang zur Versorgung abgeleitet werden. Zum aktuellen Stand der Auswertungen kann daher keine, im zeitlichen Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystem stehende, Veränderung des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung konstatiert werden.

Veränderungen der Strukturen (Kapitel 5): Die Ergebnisse der durchgeführten Analysen deuten auf eine strukturelle Konstanz in den stationären Versorgungsstrukturen hin. Dies betrifft u. a. die Anzahl bzw. die relative Häufigkeit von Krankenhäusern mit einer psychiatrischen Institutsambulanz. Die empirische Untersuchung der komplementären und ambulanten Versorgung zeigt darüber hinaus ein generell steigendes Behandlungsvolumen im psychiatrischen Versorgungsbereich. Steigenden Fallzahlen sowie die Zunahme der Kontakte zu psychiatrischen Institutsambulanzen deuten zumindest auf eine Steigerung der Behandlungsquantität in Einrichtungen der stationsnahen ambulanten Versorgung hin. Dies ist besonders deshalb bemerkenswert, weil die Anzahl der Krankenhäuser mit mindestens einer PIA im gleichen Zeitabschnitt fast unverändert geblieben ist. Allerdings kann weder die Entwicklung der Zahl vollstationärer Psych-Fälle (s. Kapitel 6) noch die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer (s. Kapitel 7) eine derartig deutliche Entwicklung erklären. Insofern ist davon auszugehen, dass das Behandlungsangebot eher ausgeweitet wurde, als dass eine Verschiebung zwischen dem stationären und dem ambulanten Versorgungsbereich stattgefunden hat. Auf Basis der vorliegenden empirischen

Analysen ist damit kein durch die Einführung des PEPP-Entgeltsystems ausgelöster Effekt auf die Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung messbar.

Veränderungen der Fallzahl (Kapitel 6): Die Ergebnisse der empirischen Analyse deuten darauf hin, dass die beobachteten Veränderungen in der Fallzahl und der Anzahl behandelter PatientInnen wahrscheinlich nicht auf die Einführung des PEPP-Entgeltsystems zurückzuführen sind. Nachdem beide Indikatoren sowohl bei Krankenhäusern, die freiwillig nach PEPP abrechnen, als auch bei Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen, im Zeitraum von 2013 bis 2015 (also nach der optionalen Einführung des PEPP-Entgeltsystems) im Vergleich zum Zeitraum von 2011 bis 2012 (vor der Einführung) statistisch signifikant höher sind, scheinen vielmehr eine veränderte Nachfrage nach Krankenhausleistungen oder Änderungen in den medizinischen Behandlungsmethoden unabhängig von der Einführung des PEPP-Entgeltsystems zu einer Veränderung in der Anzahl der Fälle bzw. der Anzahl der PatientInnen geführt zu haben.

Veränderungen der Behandlung (Kapitel 7): Im Rahmen der Auswertungen wurde ein leichter Anstieg sowohl des Anteils der Regel- als auch der Intensivbehandlungstage an allen Behandlungstagen im Zeitraum von 2013 bis 2015 nachgewiesen. Jedoch konnte kein Unterschied zwischen den PEPP- und den TGPS-Häusern gezeigt werden. Auf Basis dieser Analyse lässt sich daher kein Zusammenhang zwischen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems und Veränderungen im Behandlungsspektrum ableiten. Ein deskriptiv-statistisch beobachteter Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer über den gesamten Beobachtungszeitraum konnte mit Hilfe inferenzstatistischer Methoden ebenfalls nicht bestätigt werden. Da sich die Gruppe der PEPP-Optionshäuser und die TGPS-Vergleichsgruppe schon im Ausgangsniveau der Verweildauern unterscheidet, ist ein Selektionseffekt bei der Optierung für die PEPP-Abrechnung wahrscheinlich. Insofern hat die Einführung des PEPP-Entgeltsystems keine Veränderung bei der Behandlung von PatientInnen ausgelöst. Dies gilt sowohl in Bezug auf das Behandlungsspektrum als auch in Bezug auf Veränderungen in den analysierten Behandlungsprozessen.

Veränderungen der Kodierung (Kapitel 8): Die beobachteten Veränderungen in der Kodierung sind wahrscheinlich auf die Einführung des PEPP-Entgeltsystems zurückzuführen. So sind das Verhältnis der Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung und die Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen im Beobachtungszeitraum gefallen. Der Anteil der Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen ist zwischen 2011 und 2015 um ca. 11,0 Prozentpunkte gestiegen. Da dieser Anstieg in der Zahl der Nebendiagnosen wahrscheinlich nicht auf Änderungen in der Prävalenz von Begleiterkrankungen zurückgeht, liegt es nahe, dass der Anstieg auf eine Veränderung des Kodierverhaltens, d. h. auf eine ausführlichere Kodierung, zurückzuführen ist. Im Rahmen der strukturierten Literaturrecherche zeigte sich bei der überwiegenden Anzahl der gefundenen Studien, dass die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems zu Veränderungen im Kodierverhalten führt. Obwohl die Einfüh-

rung des PEPP-Entgeltsystems bislang weder verpflichtend noch budgetwirksam war, ist es nachvollziehbar, dass Krankenhäuser bereits im Vorfeld der verpflichtenden Einführung die Kodierung der entsprechenden Fälle sukzessive verbessern.

Veränderungen der Qualität (Kapitel 9): Unterschiede in den Prozess- und Strukturqualitätsmerkmalen zwischen den Einrichtungen, die zwischen 2013 und 2015 optiert bzw. nicht optiert haben, fallen überwiegend gering aus. Dies betrifft beispielsweise Unterschiede bei der Erfüllung und Ausfinanzierung des Personalbedarfs (gem. Psych-PV), sowie bei den klinische Abläufen (z. B. beim Aufnahmeprozess, bei klinischen Behandlungspfaden, bei Fallkonferenzen und Teamsitzungen). Bei der Entlassung von Patienten treten hingegen Unterschiede zwischen PEPP-Optionshäusern TGPS-Häusern auf: So wird ein Entlassmanagement (gem. § 39 SGB V) in den Optionshäuser sehr viel häufiger angewendet als in den Nicht-Optionshäusern. Dieser Unterschied findet sich durchgängig bei der Überleitungspflege und der unterstützten Beschäftigung bei Entlassung wieder. In Bezug auf die Ergebnisqualität, gemessen an der durch die Krankenhäuser selbst eingeschätzten Änderung des Behandlungserfolges und am Anteil der als arbeitsfähig entlassenen Fälle, sind die Ergebnisse uneindeutig. Während die Behandlungserfolge von den PEPP-Optionshäusern insgesamt positiver bewertet als von den Nicht-Optionshäusern, kann speziell für PEPP-Optionshäuser keine Veränderung in Bezug auf den Anteil der arbeitsfähig entlassenen Fälle nachgewiesen werden. Zwar folgt der Indikator über den gesamten Beobachtungszeitraum einem relativ konstanten Abwärtstrend, einen Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems begründet dies allerdings nicht.

Sonstige Veränderungen (Kapitel 10): In der Gesamtbetrachtung dieses Kapitels zeigen sich Veränderungen in den Strukturen von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen. Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems führt zu Veränderungen in den Abrechnungsprozessen, die sich u. a. auf den IT-Bereich, die Personalausstattung und -schulungen auswirken. Auf der Seite der Krankenhäuser deutet sich ebenfalls steigender Aufwand in Verbindung mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems an, was sich u. a. in einem zunehmenden Anteil an Einzelfallprüfungen und den damit verbundenen Korrekturen und Klageverfahren zeigt. Bei der Enwicklung der Leistungsausgaben der GKV sind datenbedingt derzeit noch keine verlässlichen Aussagen möglich.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung **2**

2 Systematische Literaturübersicht **4**

2.1 Veränderungen des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung . . . 5

2.2 Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung . . . 7

2.3 Veränderungen der Fallzahl in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung . . . 9

2.4 Veränderungen der Behandlung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung . . . 11

2.5 Veränderungen der Kodierung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung . . . 15

2.6 Veränderungen der Qualität in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung . . . 19

3 Daten und Methodik **22**

3.1 Daten . . . 22

3.2 Öffentlicher Zugang . . . 38

3.3 Methoden . . . 40

4 Veränderungen des Zugangs **47**

4.1 Regionale Pflichtversorgung . . . 49

4.2 Infrastrukturelle und geografische Zugangsfaktoren . . . 55

4.3 Diskussion . . . 60

5 Veränderungen der Strukturen **65**

5.1 Versorgungs- und Leistungsstrukturen des stationären Sektors . . . 67

5.2 Integrierte Versorgung und Modellvorhaben . . . 78

5.3 Verschiebung zwischen DRG und PEPP . . . 81

5.4 Reha, Krankenpflege und Soziotherapie . . . 84

5.5 Komplementäre und ambulante Versorgung . . . 87

5.6 Diskussion . . . 88

6 Veränderungen der Fallzahl **93**

6.1 Entwicklung der Fallzahlen . . . 96

6.2 Diskussion 105

7 Veränderungen der Behandlung 109

7.1 Behandlungsspektrum und Therapieformen 111

7.2 Krankenhausprozesse 120

7.3 Diskussion 123

8 Veränderungen der Kodierung 125

8.1 Entwicklung der Kodierung 127

8.2 Diskussion 135

9 Veränderungen der Qualität 137

9.1 Strukturqualität 138

9.2 Prozessqualität 140

9.3 Ergebnisqualität 146

9.4 Diskussion 151

10 Sonstige Veränderungen 154

10.1 Aufwand der Krankenhäuser 155

10.2 Leistungsausgaben der GKV 158

10.3 Strukturen von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen . . 159

10.4 Diskussion 173

11 Fazit und Ausblick 178

Literaturverzeichnis 179

A Erhebung Primärdaten 187

A.1 Befragung stationärer Einrichtungen 187

A.2 Befragung der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen . . . 212

A.3 Befragung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung 216

B Veränderung des Zugangs 225

B.1 Systematische Literaturübersicht 225

B.2 Tabellarische Darstellungen 226

C Veränderungen der Strukturen 233

C.1 Systematische Literaturübersicht 233

C.2 Tabellarische Darstellungen 234

D Veränderungen der Fallzahl 242

D.1 Systematische Literaturübersicht 242

D.2 Tabellarische Darstellungen 244

E Veränderungen der Behandlung 249

E.1 Systematische Literaturübersicht 249

E.2 Tabellarische Darstellungen 250

F Veränderungen der Kodierung 257

F.1 Systematische Literaturübersicht 257

F.2 Tabellarische Darstellungen 259

G Veränderungen der Qualität 263

G.1 Systematische Literaturübersicht 263

G.2 Tabellarische Darstellungen 264

H Sonstige Veränderungen 269

H.1 Tabellarische Darstellungen 269

Abbildungsverzeichnis

3.1 Mittlere Anzahl abgerechneter vollstationär behandelter Fälle 31
3.2 Auswahl von Indikatoren und Darstellungsoptionen 39
3.3 Zentrale Phasen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems 41
3.4 Difference-in-Differences Methode 42

4.1 Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär) 51
4.2 Anteil der vollstationären Fälle mit Wohnsitz außerhalb des regionalen Pflichtversorgungsbereiches 52
4.3 Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär) 53
4.4 Anzahl Krankenhäuser mit mehr als 50 Fällen 55
4.5 Anzahl aufgestellter Betten 56
4.6 Anteil nicht in nächstgelegenem Krankenhaus aufgenommener Fälle an allen Fällen (in Prozent) 57
4.7 Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke) 58
4.8 Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke; nur Strecken < 50 km) 59

5.1 Mittlere Gesamtinvestitionen je Bett 74
5.2 Mittlere Gesamtinvestitionen je Fall 74
5.3 Mittlere Gesamtinvestitionen je Berechnungstag 75
5.4 Anzahl Krankenhäuser mit psychiatrischen Institutsambulanzen 77
5.5 Mittlere Anzahl von Versicherten mit Verträgen zur integrierten Versorgung 79
5.6 Anzahl Modellprojekte 80
5.7 Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich) 81
5.8 Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich) 82
5.9 Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie) . . 84
5.10 Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik) 85
5.11 Ausgaben für Soziotherapie (in Euro) 86
5.12 Anzahl Fälle in Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V . . 87
5.13 Anzahl Tage mit Konsultationen in Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß PIA-Dokumentation 88

6.1 Anzahl Fälle 96
6.2 Anzahl PatientInnen 97
6.3 Anzahl Unterbringungsverfahren nach §§ 1906, 1846 BGB und PsychKG 9 8
6.4 Anzahl Unterbringungsverfahren nach PsychKG je 100 000 Einwohner . . . 99
6.5 Anzahl Unterbringungsverfahren nach § 1906 BGB 100
6.6 Anzahl Unterbringungsgenehmigungen nach § 1906 BGB 101
6.7 Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent) 102
6.8 Anzahl Fälle 103
6.9 Anzahl PatientInnen 104

7.1 Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten einzeltherapeutischen Verfahren oder Schwerpunkten (in Prozent) 111
7.2 Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen einzeltherapeutischen Verfahren oder in neuen Schwerpunkten behandelt wurden 112
7.3 Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten gruppentherapeutischen Verfahren (in Prozent) 113
7.4 Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen gruppentherapeutischen Verfahren behandelt wurden 114
7.5 Anzahl Behandlungstage 115
7.6 Anteil Behandlungstage mit Regelbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent) 116
7.7 Anteil Behandlungstage mit Intensivbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent) 116
7.8 Anzahl Fälle mit Regelbehandlung (Erwachsene; vollstationär) 118
7.9 Anzahl Fälle mit Intensivbehandlung (Erwachsene; vollstationär) 119
7.10 Mittlere Verweildauer (in Tagen) 120
7.11 Mittlere Verweildauer (in Tagen) 122

8.1 Verhältnis Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung (in Prozent) 127
8.2 Anzahl Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen . . . 128
8.3 Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes 129
8.4 Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent) 130
8.5 Anzahl Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen . . . 131
8.6 Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes 132
8.7 Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent) 134

9.1 Änderung der PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung 145
9.2 Änderung des Behandlungserfolges 146
9.3 Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent) 147
9.4 Anzahl Entlassungen gegen ärztlichen Rat 148

9.5 Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent) . . . 149
9.6 Anteil Entlassungen gegen ärztlichen Rat an allen Fällen (vollstationär; in Prozent) . . . 150

10.1 Bereinigte Kosten (Psych-Fachabteilungen in Psych-Krankenhäusern; in Euro) . . . 157
10.2 Bereinigte Kosten je Berechnungstag (Psych-Fachabteilungen in Psych-Krankenhäusern; in Euro) . . . 158
10.3 Anteil Ausgaben für Psych-Entgelte an allen Krankenhausausgaben der GKV (in Prozent) . . . 159
10.4 Anteil Kassen mit Veränderungen im IT-Bereich für das PEPP-Entgeltsystem (in Prozent) . . . 160
10.5 Mittlere Anzahl mit der Abrechnung psychiatrischer Fälle beschäftigte MitarbeiterInnen . . . 161
10.6 Mittlere Anzahl mit PEPP abgerechneter vollstationärer Fälle pro MitarbeiterIn . . . 162
10.7 Mittlere MitarbeiterInnenzahl, unabhängig vom Vergütungssystem . . . 163
10.8 Mittlere MitarbeiterInnenzahl im ärztlichen Dienst . . . 164
10.9 Mittlere Anzahl Schulungstage pro MitarbeiterIn . . . 165
10.10 Mittlere Anzahl Fallsteuerungen bzw. auffälliger Fälle pro 100 Fälle . . . 166
10.11 Durchschnittliche Veränderung im Aufwand pro Rechnungsprüfung für nach PEPP abgerechnete Fälle (in Prozent) . . . 167
10.12 Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet wurden . . . 168
10.13 Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden . . . 169
10.14 Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet wurden 170
10.15 Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden 170
10.16 Anteil Widerspruchsverfahren an allen Fallprüfungen (in Prozent) . . . 171
10.17 Anteil Inhouse-Verfahren an allen Begutachtungen (in Prozent) . . . 172

B.1 Studienauswahl zu „Veränderungen des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ . . . 226

C.1 Studienauswahl zu „Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ . . . 234

D.1 Studienauswahl zu „Veränderungen der Fallzahl in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ . . . 243

E.1 Studienauswahl zu „Veränderungen der Behandlung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ . . . 250

F.1 Studienauswahl zu „Veränderungen der Kodierung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ 258

G.1 Studienauswahl zu „Veränderungen der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ 264

Tabellenverzeichnis

3.1 Datenquellen und Auswertungen in den drei Forschungszyklen 23

5.1 Mittlere Anzahl beschäftigter ÄrztInnen 68
5.2 Mittlere Anzahl beschäftigter Diplom-PsychologInnen 69
5.3 Mittlere Anzahl der in neuen Berufsgruppen Beschäftigten 70
5.4 Mittlere Anzahl VerwaltungsmitarbeiterInnen 71
5.5 Anzahl ausgelagerter Verwaltungsbereiche 72
5.6 Durchschnittliches Investitionsvolumen (in Tsd. Euro) 73
5.7 IT-Infrastruktur 76
5.8 Verwendete Software 77

9.1 Personalbedarf nach Psych-PV, besetzte Stellen und Grad der Erfüllung . 139
9.2 Ausfinanzierung des Personalbedarfs 140
9.3 Mittlerer Umsetzungsgrad klinischer Abläufe bei Aufnahme 141
9.4 Mittlerer Umsetzungsgrad klinischer Strukturen während der Behandlung . 141
9.5 Mittlerer Umsetzungsgrad von Personalstrukturen und interner Interaktionen 142
9.6 Mittlerer Umsetzungsgrad von Prozessen des Entlassmanagements 142
9.7 Anteil Einrichtungen mit Entlassmanagement nach § 39 SGB V 143
9.8 Mittlere Anzahl Fälle, für die Entlassmanagement nach § 39 SGB V durchgeführt wurde 143
9.9 Mehraufwand für MitarbeiterInnen im medizinisch-pflegerischen Bereich durch PEPP in Minuten pro Fall 144
9.10 Bewertung gemeindepsychiatrischer Verbunde 144
9.11 Relevanz der Netzwerke 145

10.1 Mittlere Anzahl und Anteil (in Prozent) der Fälle mit Einzelfallprüfungen 155
10.2 Mittlere Anzahl Einzelfallprüfungen und Anteile (in Prozent) an Korrekturen und Streichungen bei nach PEPP abgerechneten Fällen 156
10.3 Mittlere Anzahl Einzelfallprüfungen, Klageverfahren und Anteil (in Prozent) an Klageverfahren 156

A.1 Bettenzahlen (laut Bettenplan) 211
A.2 Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze 211
A.3 Anzahl vollstationärer Fälle 211
A.4 Anzahl teilstationärer Fälle 211
A.5 Anzahl Berechnungstage 211

A.6 Verteilung der teilnehmenden Einrichtungen 215

B.1 Suchbegriffe zu „Veränderungen des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ 225
B.2 Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär) 226
B.3 Anteil der vollstationären Fälle außerhalb des regionalen Pflichtversorgungsbereiches 227
B.4 Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär) 227
B.5 Anteil Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit an alle Fällen (vollstationär; in Prozent) 228
B.6 Anzahl der Krankenhäuser mit mehr als 50 Fällen 228
B.7 Anzahl aufgestellter Betten 229
B.8 Anteil nicht in nächstgelegenem Krankenhaus aufgenommener Fälle an allen Fällen (in Prozent) 230
B.9 Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke) 231
B.10 Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke) 231
B.11 Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke; nur Strecken < 50 km) 232

C.1 Suchbegriffe zu „Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ 233
C.2 Mittlere Gesamtinvestitionen je Bett 234
C.3 Mittlere Gesamtinvestitionen je Fall 235
C.4 Mittlere Gesamtinvestitionen je Berechnungstag 235
C.5 Anzahl Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen 236
C.6 Mittlere Anzahl von Versicherten mit Verträgen zur integrierten Versorgung 236
C.7 Anzahl Modellprojekte 237
C.8 Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich) 237
C.9 Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich) 238
C.10 Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie) . . 238
C.11 Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik) 239
C.12 Ausgaben für Soziotherapie (in Euro) 240
C.13 Anzahl Fälle in Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V . . 240
C.14 Anzahl Tage mit Konsultationen in Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß PIA-Dokumentation 241

D.1 Suchbegriffe zu „Veränderungen der Fallzahl in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ 242
D.2 Anzahl Fälle 244

D.3 Anzahl PatientInnen 245
D.4 Anzahl Unterbringungsverfahren nach §§ 1906, 1846 und PsychKG 245
D.5 Anzahl Unterbringungsverfahren nach PsychKG je 100 000 Einwohner . . . 246
D.6 Anzahl Unterbringungsverfahren nach § 1906 BGB 246
D.7 Anzahl Unterbringungsgenehmigungen nach § 1906 BGB 247
D.8 Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent) 247
D.9 Anzahl Fälle 248
D.10 Anzahl PatientInnen 248

E.1 Suchbegriffe zu „Veränderungen der Behandlung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ 249
E.2 Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten einzeltherapeutischen Verfahren oder Schwerpunkten (in Prozent) 250
E.3 Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen einzeltherapeutischen Verfahren oder in neuen Schwerpunkten behandelt wurden 251
E.4 Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten gruppentherapeutischen Verfahren (in Prozent) 251
E.5 Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen gruppentherapeutischen Verfahren behandelt wurden 252
E.6 Anzahl Behandlungstage 252
E.7 Anteil Behandlungstage mit Regelbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent) 253
E.8 Anteil Behandlungstage mit Intensivbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent) 254
E.9 Anzahl Fälle mit Regelbehandlung (Erwachsene; vollstationär) 254
E.10 Anzahl Fälle mit Intensivbehandlung (Erwachsene; vollstationär) 255
E.11 Mittlere Verweildauer (in Tagen) 255
E.12 Mittlere Verweildauer (in Tagen) 256

F.1 Suchbegriffe zu „Veränderungen der Kodierung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ 257
F.2 Verhältnis Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung (in Prozent) 259
F.3 Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen . 260
F.4 Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes 260
F.5 Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent) 261
F.6 Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen . 261
F.7 Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes 262
F.8 Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent) 262

G.1 Suchbegriffe zu „Veränderungen der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ 263

G.2 Änderung der PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung 264
G.3 Änderung des Behandlungserfolges 265
G.4 Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent) 266
G.5 Anzahl Entlassungen gegen ärztlichen Rat 266
G.6 Anteil Entlassungen gegen ärztlichen Rat 267
G.7 Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent) 267
G.8 Anteil Entlassungen geg. ärztl. Rat an allen Fällen (vollstationär; in Prozent) 268

H.1 Bereinigte Kosten (Psych-Fachabteilungen in Psych-Krankenhäusern; in Euro) 269
H.2 Bereinigte Kosten je Berechnungstag (Psych-Fachabteilungen in Psych-Krankenhäusern; in Euro) 270
H.3 Anteil Ausgaben für psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Krankenhäuser an allen Ausgaben (in Prozent) 271
H.4 Anteil Kassen mit Veränderungen im IT-Bereich für das PEPP-Entgeltsystem (in Prozent) 272
H.5 Mittlere Anzahl mit der Abrechnung psychiatrischer Fälle beschäftigte MitarbeiterInnen 273
H.6 Mittlere Anzahl mit PEPP abgerechneter vollstationärer Fälle pro MitarbeiterIn 274
H.7 Mittlere MitarbeiterInnenzahl, unabhängig vom verwendeten Vergütungssystem 275
H.8 Mittlere MitarbeiterInnenzahl im ärztlichen Dienst 275
H.9 Mittlere Anzahl Schulungstage pro MitarbeiterIn 276
H.10 Mittlere Anzahl Fallsteuerungen bzw. auffälliger Fälle pro 100 Fälle 276
H.11 Durchschnittliche Veränderung im Aufwand pro Rechnungsprüfung für nach PEPP abgerechnete Fälle (in Prozent) 277
H.12 Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet wurden 278
H.13 Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden 279
H.14 Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet wurden 279
H.15 Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden 280
H.16 Anteil Widerspruchsverfahren an allen Fallprüfungen (in Prozent) 280
H.17 Anteil Inhouse-Verfahren an allen Begutachtungen (in Prozent) 281

Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Destatis	Statistisches Bundesamt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Groups / Diagnosebezogene Fallgruppen
Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Union
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FQWG	GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems / Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
n. s.	nicht signifikant
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
p. a.	per annum / pro Jahr
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PEPPV	Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik

PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PKV	Private Krankenversicherungsunternehmen
PPS	Prospective Payment System
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
PsychEntG	Psychiatrie-Entgeltgesetz
PsychKHG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TGPS	Tagesgleiche Pflegesätze
UnterbrG	Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung

Hintergrund, Literaturübersicht sowie Daten und Methoden der Begleitforschung

1. Einleitung

Mit dem Einstieg in das „pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP) erfolgt für die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung ein Umstieg von tagesgleichen Pflegesätzen (TGPS) hin zu einem stärker an der Ressourcenintensität der PatientInnen ausgerichteten Vergütungssystem. Ähnlich wie beim diagnosebezogenen Entgeltsystem in der Somatik (DRG) wird auch beim PEPP-Entgeltsystem das Ziel angestrebt, PatientInnen in kostenhomogene Abrechnungsgruppen - die sogenannten PEPPs - einzuteilen. Für jede dieser PEPPs ist eine an der (ökonomischen) Behandlungsintensität ausgerichtete tagesbezogene Bewertungsrelation definiert. Diese wird, zur Ermittlung eines Entgeltbetrags, mit dem Basisentgeltwert multipliziert. Die Analogien zwischen dem PEPP- und dem DRG-System sind jedoch begrenzt, da es sich bei PEPPs um tagesbezogene Pauschalen und nicht – wie bei DRGs – um (Fall-)Pauschalen je Aufenthalt handelt. Somit ist davon auszugehen, dass vom PEPP-Entgeltsystem andere Anreize für die Leistungserbringung ausgehen als von DRGs.

Initial für das neue Vergütungssystem ist das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) aus dem Jahr 2009, welches die Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems und eine freiwillige budgetneutrale Umstellung ab 2013 vorsah. Die Einführung wurde im Psychiatrie-Entgeltgesetz (PsychEntG) 2012 konkretisiert: Zunächst sollten Krankenhäuser in den Jahren 2013 und 2014 für das neue System optieren können (Optionsphase). Anschließend war eine verpflichtende Einführung für alle Krankenhäuser geplant. Diese würde bis 2016 zunächst budgetneutral sein, d. h. im Vergleich zum „alten“ Vergütungssystem sollte den Leistungserbringern kein budgetärer Nachteil entstehen. Bis 2021 - so der ursprüngliche Entwurf - sollte schrittweise eine Anpassung an das durchschnittliche Budgetniveau der Krankenhäuser eines Bundeslandes erfolgen (Konvergenzphase).

Durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG, 2014) und das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG, 2016) wurden jeweils Anpassungen, unter anderem auch am zeitlichen Verlauf der Einführung, vorgenommen. Die mit dem Jahr 2013 begonnene Optionsphase wurde in diesem Zusammenhang bis Ende 2017 verlängert. An die budgetneutrale, verpflichtende Einführung des PEPP-Entgeltsystems ab 2018 in allen Krankenhäusern schließt ab 2020 eine Phase an, in der das neue Entgeltsystem schrittweise budgetwirksam wird. Ab diesem Zeitpunkt soll auch die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) wegfallen und durch verbindliche Vorgaben für die Personalausstattung von psychiatrischen Krankenhäusern ersetzt werden (vgl. Art. 7 und 8 PsychEntgG).

Der Gesetzgeber hat durch § 17d Abs. 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) den GKV-Spitzenverband, den Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien) damit beauftragt, eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen durchführen zu lassen. Damit sollen insbesondere Verände-

rungen der Versorgungsstrukturen, der Qualität der Versorgung, die Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche sowie Art und Umfang von Leistungsverlagerungen untersucht werden.

Die Begleitforschung wurde durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) ausgeschrieben. Das Hamburg Center for Health Economics (HCHE) an der Universität Hamburg wurde gemeinsam mit dem BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS) mit der Durchführung beauftragt. Der Auftrag gliedert sich in drei Teile: in den Berichtszeitraum für die Datenjahre 2011 bis 2012, in den Berichtszeitraum für die Datenjahre 2013 bis 2015 und in den Berichtszeitraum für die Datenjahre 2016 bis 2018. Bei den festgelegten Forschungszyklen und Datenjahren ist zu beachten, dass sich diese noch auf den Zeitplan vor Änderung durch das PsychVVG beziehen, da die Begleitforschung vor Inkrafttreten des PsychVVG ausgeschrieben wurde.

Der vorliegende Bericht zum Ende des ersten Forschungszyklus basiert auf Daten für die Jahre 2011 bis 2015. Als Erweiterung des Endberichts zur Nullpunktmessung verfolgt dieser Bericht das Ziel, mit Hilfe deskriptiver und inferenzstatistischer Methoden Veränderungen in bestimmten Indikatoren, die potentiell im Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems stehen, zu messen und zu diskutieren.

Um den vorliegenden Endbericht übersichtlich zu halten, erfolgt eine Auswahl aus der Gesamtzahl der Indikatoren, die durch den Auftraggeber vorgegeben wurden. Die Auswahl orientiert sich daran, wie und in welchem Umfang Aspekte des Gegenstandsbereichs (inhaltliche Dimensionen der Begleitforschung) durch die Indikatoren abgebildet werden [vgl. 55]. Die Beantwortung der Forschungsfragen und die Diskussionen erfolgen jedoch auf Grundlage der Auswertungen sämtlicher verfügbarer Beobachtungen. Für detailliertere Auswertungen wird auf den explorativen Datenzugang (bfpsyqa.inek.org) verwiesen. Hier können interessierte LeserInnen nicht nur auf alle Ergebnisse zugreifen, sondern für jeden Indikator verschiedene Differenzierungsebenen (z. B. Bundesländer) betrachten.

Der vorliegende Endbericht weist folgende Struktur auf: Nach einer Einleitung (Kapitel 1) erfolgt eine Darstellung der Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche zu den jeweiligen Themenbereichen (Kapitel 2). Anschließend werden die für den Berichtszeitraum 2011 bis 2015 verfügbaren Datenquellen sowie die Methoden zur Erfassung und Analyse der Daten beschrieben (Kapitel 3). Kapitel 4 bis Kapitel 10 gehen jeweils auf festgestellte Veränderungen in den Datenjahren 2011 bis 2015 in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ein. Dabei wird zwischen Veränderungen des Zugangs (Kapitel 4), der Strukturen (Kapitel 5), der Fallzahl (Kapitel 6), der Behandlung (Kapitel 7), der Kodierung (Kapitel 8), der Qualität (Kapitel 9) und sonstigen Veränderungen (Kapitel 10) unterschieden. Der Bericht schließt mit einem Fazit und Ausblick in Kapitel 11.

2. Systematische Literaturübersicht

Ziel der vorliegenden systematischen Literaturübersicht war es, potenzielle nationale und internationale Forschungsarbeiten in Form von kontrollierten Beobachtungs- und Interventionsstudien, quasi-experimentellen Studien und Programmevaluationen zu identifizieren, welche die Auswirkungen von prospektiver bzw. pauschalierender Vergütung von Leistungserbringern analysieren. Zu diesem Zweck wurde eine systematische Suche in den elektronischen Datenbanken PubMed (Medline) und EconLit (via EBSCO) sowie eine ergänzende manuelle Suche in Google Scholar und in den Referenzlisten der eingeschlossenen Publikationen durchgeführt. Die Inhalte der Datenbanken wurden ab deren frühester Verfügbarkeit bis einschließlich 24.05.2018 durchsucht.

Die Zielpopulation bestand somit aus PatientInnen, die im Kontext eines prospektiven oder pauschalierenden Vergütungssystems ambulant oder stationär („Setting“) medizinisch versorgt wurden. Eine Einschränkung auf bestimmte PatientInnencharakteristika, Krankheitsbilder oder Behandlungsformen wurde nicht vorgenommen. Die spezifische Ausgestaltung des jeweiligen Vergütungssystems spielte ebenfalls keine Rolle für die Auswahl der Studien, wurde jedoch bei der Interpretation berücksichtigt. Es wurden nur Studien mit mindestens einer Vergleichsgruppe eingeschlossen. Dabei war es unerheblich, ob die Vergleichsgruppe im Rahmen einer Vorher-Nachher-Untersuchung eine Behandlung unter verschiedenen Vergütungsschemata erhalten hatte oder ob eine Behandlung parallel zur Interventionsgruppe unter einem nicht durchgängig pauschalierenden Vergütungsschema (z. B. Einzelleistungsvergütung, aber auch Mischsysteme) erfolgte. Ebenfalls mussten eingeschlossene Studien mindestens einen relevanten Ergebnisparameter zur Messung von den – in diesem Endbericht relevanten – Veränderungen berichten. Leitartikel, Kommentare und Leserbriefe, Konferenzpräsentationen (inkl. Poster und Kurzfassungen), Literaturübersichten, individuelle Fallberichte sowie Publikationen, die eine Zweitverwertung von Daten darstellen, wurden nicht berücksichtigt.

Der Suchalgorithmus wurde über eine Kombination von Suchbegriffen generiert. Diese sind auf die einzelnen Themen zugeschnitten und sind für den interessierten Leser in den Anhängen B bis H zu finden. Begriffe innerhalb einer Spalte wurden dabei mit dem Booleschen Operator „ODER“ und die Spalten untereinander mit dem Operator „UND“ verknüpft.

Die Suche wurde auf veröffentlichte Studien in englischer oder deutscher Sprache eingeschränkt. Die Suchergebnisse wurden anhand der Titel und Kurzfassungen zunächst auf Relevanz überprüft. Die verbleibenden Publikationen wurden einer Volltextanalyse unterzogen und die maßgeblichen Informationen anhand eines standardisierten Dokumentationsbogens extrahiert.

In den folgenden Unterkapiteln werden die Studienergebnisse der systematischen Literaturübersicht nach Themenblöcken narrativ zusammenfassend dargestellt. Eine ausführliche Einführung und eingehende Definition in die jeweiligen Themenblöcke im Kontext der

Begleitforschung sowie eine Operationalisierung von Indikatoren erfolgt erst in späteren Kapiteln dieses Berichtes (Kapitel 4 bis Kapitel 9).

2.1. Veränderungen des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Die US-amerikanische National Academy of Medicine (früher „Institute of Medicine", IoM) definiert Zugang zur Versorgung als „timely use of personal health services to achieve the best possible health outcomes" [43]. Insofern ist nicht nur die (zeitnahe) Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung als ein Indikator für guten Zugang zum Versorgungssystem zu sehen, sondern auch die damit einhergehende Qualität. Die vor diesem Hintergrund in die systematische Literaturübersicht eingeschlossenen drei Publikationen wurden in den Jahren 2013 und 2014 veröffentlicht. Zwei Studien analysieren die ambulant-ärztliche Versorgung in Kanada [19, 44]. Eine der Studien untersucht die stationäre Krankenhausversorgung in einer chinesischen Provinz [30].

Gegenstand der Studien von Dahrouge et al. [19] und Muggah et al. [44] ist die hausärztliche Versorgung in Ontario (Kanada). Dort existieren parallel unterschiedliche Vergütungssysteme: Einzelleistungsvergütung, Kopfpauschalen (in mehreren Varianten), Gehaltszahlungen und eine Kombination verschiedener Aufwandsentschädigungen für die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen. Beide Publikationen nutzen Querschnittsdaten der COMPC-Studie aus den Jahren 2005 und 2006, um den Einfluss auf den Zugang zu medizinischen Leistungen zu untersuchen. Im Rahmen der COMPC-Studie wurden 5 361 PatientInnen im Wartezimmer ihres Hausarztes zur Erreichbarkeit der ÄrztInnen innerhalb und außerhalb der Öffnungszeiten, zur Verfügbarkeit von zeitnahen Terminen und dem Zugang zu Informationen via Telefon befragt. Während sich Dahrouge et al. [19] der Frage widmen, inwiefern die Bereitstellung und Erbringung hausärztlicher Versorgung für ökonomisch benachteiligte Menschen von der Organisations- und somit auch der Vergütungsform beeinflusst wird, evaluieren Muggah et al. [44], inwieweit der Zugang zur Versorgung innerhalb der verschiedenen Organisationsformen gewährleistet ist.

Zur quantitativen Analyse transformieren Muggah et al. [44] die Einschätzungen der befragten PatientInnen in einen Punktwert, wobei höhere Werte einen besseren Versorgungszugang anzeigen. Das etablierte Kopfpauschalenmodell („global capitation", d. h. Pauschalierung von Leistungen weitestgehend ohne Ausnahme) dient dabei als Referenzkategorie. Sowohl das Versorgungsmodell mit Einzelleistungsvergütung als auch das reformierte Kopfpauschalenmodell („blended capitation", d. h., über die Grundpauschale hinaus kann für einzelne Leistungen ggf. eine zusätzliche Vergütung erfolgen) haben einen geringeren Punktwert (regressionsadjustiert, $p \leq 0{,}05$). Auch bei ÄrztInnen, die mit einem festen Gehalt vergütet wurden, gaben PatientInnen einen – im Vergleich zum Referenzmodell – geringeren Punktwert an (regressionsadjustiert, $p \leq 0{,}05$).

Dahrouge et al. [19] finden – für unter verschiedenen Organisations- bzw. Vergütungsformen versorgte PatientInnen – Unterschiede in Bezug auf die Anzahl der jährlichen

Arztbesuche. Im Organisationsmodell, in dem ÄrztInnen mit einem festen Gehalt vergütet werden, suchen Personen mit geringem Einkommen bzw. niedrigem Bildungsstatus im Durchschnitt 7,0 bzw. 3,6 mal im Jahr einen Arzt bzw. eine Ärztin auf (Mittelwert über alle Subgruppen: 8,3). Unter einer Einzelleistungsvergütung werden 3,5 bzw. 4,2 Besuche für Personen mit geringem Einkommen bzw. niedrigem Bildungsstatus gemessen (Mittelwert über alle Subgruppen: 7,2). Im kopfpauschalierten Versorgungsmodell werden 1,6 bzw. 1,2 Besuche für Personen mit geringem Einkommen bzw. niedrigem Bildungsstatus beobachtet (Mittelwert über alle Subgruppen: 4,8). Ein statistisch signifikanter Unterschied ($p < 0{,}05$, regressionsadjustiert) in der Anzahl der Arztbesuche war allerdings nur für das Festgehalt-Modell in der Gruppe der Personen mit geringem Einkommen und für das Modell mit Einzelleistungsvergütung in der Gruppe der Personen mit geringer Bildung nachweisbar.

Gao et al. [30] untersuchen die Auswirkungen eines Pilotprojektes, in dessen Rahmen ein Vergütungsmodell auf Kopfpauschalenbasis in Changde (China) eingeführt wurde. Im Rahmen einer begleitenden Haushaltsbefragung wurden zwischen 2007 und 2010 insgesamt 5 018 Fälle mit stationärem Aufenthalt erfasst und befragt. Als Vergleichsgruppe dient eine Population von stationären Fällen, die unter Einzelleistungsvergütung versorgt wurden. Die AutorInnen schätzen mithilfe eines regressionsadjustierten Difference-in-differences-Modells den Einfluss der Einführung des Kopfpauschalensystems unter anderem auf die Höhe von Zuzahlungen durch PatientInnen und deren Anteil an den Gesamtkosten. Diese werden für den vorliegenden Review als Indikatoren für finanzielle Barrieren – im Sinne einer Behinderung des Zugangs zur Versorgung – operationalisiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Einführung der Kopfpauschale in Changde zu einer Reduktion der Zuzahlungen um 19,7 Prozent ($p < 0{,}01$) geführt hat. Gleichzeitig sinkt das Verhältnis des Eigenanteils an den gesamten Kosten für die medizinische Versorgung (Anteil der Zuzahlungen an den Gesamtkosten) um 9,5 Prozent ($p < 0{,}01$).

In den Studien von Dahrouge et al. [19] und Muggah et al. [44] werden multivariate Mehrebenenregressionsmodelle verwendet, um Unterschiede beim Zugang zur Versorgung zwischen den verschiedenen Vergütungsformen zu modellieren. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass eine pauschalierende Vergütung in Ontario nur innerhalb bestimmter Organisationsformen stattfindet. PatientInnen haben also u. U. die Möglichkeit LeistungserbringerInnen, die unterschiedlichen Vergütungsmodellen unterliegen, aufzusuchen. Ein Vergleich mit den Tagespauschalen innerhalb des PEPP-Entgeltsystems ist insofern stark eingeschränkt. In den Schätzmodellen der beiden begutachteten Studien wurde für patientInnenspezifische, anbieterspezifische und praxisorganisatorische Charakteristika kontrolliert. Die Ergebnisse bei Muggah et al. [44] müssen aufgrund der Befragung von PatientInnen innerhalb der Praxiswarteräume im Hinblick auf die Generalisierbarkeit jedoch vorsichtig bewertet werden, da die Befragten zum Zeitpunkt der Befragung bereits Zugang zur Versorgung hatten. Dem ist entgegenzuhalten, dass bei einer Befragung außerhalb der Praxis ein *Recall Bias* (Schätzungenauigkeit durch nachlassende Erinnerung) wahrscheinlich gewesen wäre. Bei Gao et al. [30] werden lediglich die ersten drei Jahre nach Einführung der Reform erfasst, d. h., langfristige Folgen können durch die Studie nicht abgebildet werden. Außerdem

können „Zuzahlungen“ lediglich als intermediärer Indikator für einen Versorgungszugang interpretiert werden, da medizinisch bedeutsame und damit letztendlich patientInnenrelevante Ergebnisparameter nicht berichtet werden. Bei keiner der betrachteten Studien kann eine belastbare Annahme darüber getroffen werden, ob eine design- oder analysebedingte Risikoselektion zugunsten oder zulasten der jeweiligen Interventionsgruppe vorliegt.

Die Analyse der bisherigen wissenschaftlichen Aufarbeitung pauschalierender Vergütungssysteme zeigt einen heterogenen Einfluss auf den Versorgungszugang. Während zwei der analysierten Studien damit einen „einfacheren“ Zugang zur Versorgung gewährleistet sehen [30, 44], findet eine Studie [19] einen Rückgang bei den ambulanten Arztbesuchen und damit eine Erschwerung des Zugangs unter einem Kopfpauschalenmodell.

Nur eine Studie [30] wurde im stationären Versorgungskontext durchgeführt. Da allerdings bei den dort beschriebenen Fallpauschalen für Kranlenhäuser keine *ex ante* Adjustierung für die (ökonomische oder medizinische) Fallschwere stattfindet, ist ein Vergleich mit den hiesigen Systemen kaum möglich. Keine der drei betrachteten Studien wurde in einem rein psychiatrischen Versorgungskontext durchgeführt, wobei aus der Beschreibung der Studienpopulationen nicht hervorgeht, ob und inwieweit PatientInnen mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen in den Studien vertreten waren.

2.2. Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Die zur Untersuchung struktureller Veränderungen in der Gesundheitsversorgung in die systematische Literaturübersicht eingeschlossenen Publikationen [16, 42, 48] wurden zwischen 1993 und 2011 veröffentlicht. Alle drei Studien untersuchen die stationäre Krankenhausversorgung von Medicare-PatientInnen in den USA. Anhand der US-amerikanischen Long-term Care Survey-Datenbank sowie Medicare-Abrechnungsdaten von 25 401 PatientInnen der Jahre 1982 bis 1986 untersuchen Manton et al. [42] die Auswirkung der Einführung eines prospektiven Vergütungssystems auf das post-akute Behandlungsgeschehen. Der Anteil von nichtbehinderten PatientInnen, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt in eine spezialisierte Pflegeeinrichtung („skilled nursing facility“) verlegt wurden, stieg im Zeitraum von 1982 bis 1984 von 2,2 auf 2,5 Prozent. Der Anteil behinderter PatientInnen, die in eine solche Pflegeeinrichtung entlassen wurden, blieb im gleichen Zeitraum konstant bei 4,9 Prozent. Für die häusliche Pflege (schließt u. a. auch die Pflege durch Angehörige ein) stieg der Anteil von 5,5 auf 7,6 Prozent bei nichtbehinderten PatientInnen bzw. von 12,0 auf 15,0 Prozent bei behinderten PatientInnen. Der Anteil von PatientInnen ohne bzw. mit Behinderungen, die nach Hause entlassen wurden, sank von 85,3 auf 82,4 Prozent bzw. von 72,2 auf 69,1 Prozent.

Chan und Ciol [16] untersuchen anhand von Medicare-Abrechnungsdaten (162 239 Datensätze aus 69 Einrichtungen) die Auswirkungen der Einführung einer prospektiven Vergütung für Rehabilitationskrankenhäuser auf die Rate der Verlegungen in spezialisierte Pflegeheime („skilled nursing facilities“) in den USA. Mittels logistischer Regression kontrol-

lieren die AutorInnen für PatientInnencharakteristika (u. a. Alter, Einweisungsdiagnose, Aufenthaltsdauer in der stationären Reha) und finden einen Anstieg bei den Verlegungen um 4,3 Prozentpunkte (von 4,7 auf 9,0 Prozent). Der Effekt fällt bei Langliegern – d. h. PatientInnen, die vor der Verlegung ≥ 29 Tage im Krankenhaus waren – besonders stark aus (Odds ratio 1,11; 95 Prozent-Konfidenzintervall [1,04; 1,18]).

Qian et al. [48] untersuchen Daten von 4 242 PatientInnen im Alter von ≥ 65 Jahren aus dem National Health and Nutrition Examination Survey (USA) über einen Zeitraum von 1977 bis 1992. Die Studie nimmt u. a. die Auswirkung der Einführung eines prospektiven Vergütungssystems auf das Verlegungsverhalten zwischen akut-stationären und der post-akuten Versorgungseinrichtungen in den Fokus. Mithilfe eines Survivalmodells (pre-post Cox Regression unter Berücksichtigung von „competing risks“ und allgemeinem Zeittrend) schätzen die AutorInnen die Wahrscheinlichkeit, in eine Pflegeeinrichtung bzw. nach Hause entlassen zu werden. Das Risiko, innerhalb von 15 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt in eine Pflegeeinrichtung verlegt zu werden, steigt an (Hazardrate 0,88; n. s.). Auch über den 15. Tag hinaus wird ein erhöhtes Risiko für einen solchen Übergang beobachtet (Hazardrate 1,01; n. s.).

Die Studien von Chan und Ciol [16] und Qian et al. [48] setzen multivariate Regressionsmodelle ein, um für PatientInnen- und Krankenhauscharakteristika zu adjustieren, da ein retrospektiver Vergleich von nicht zufällig ausgewählten Beobachtungseinheiten vorgenommen wird. Die Validität der Ergebnisse bei einem solchen Design hängt maßgeblich von der Messbarkeit und der Vollständigkeit der herangezogenen Kontrollvariablen ab. Insofern ist eine kausale Interpretation nur mit Einschränkungen möglich. Alle drei Studien verwenden als Kontrollgruppe PatientInnen bzw. Fälle aus der Vorperiode der Einführung der prospektiven Vergütung. Allerdings berücksichtigen nur Chan und Ciol [16] und Qian et al. [48] einen Zeiteffekt, um eine trendbedingte Entwicklung herauszurechnen. Die Studienergebnisse bei Manton et al. [42] beruhen außerdem auf einer explorativen Analysestrategie (sog. „latent class analysis“[1]). Ein solches Vorgehen ist nicht mit statistischem Testen im Sinne einer konfirmatorischen Analyse gleichzusetzen.

Drei Studien aus den USA [42, 16, 48] haben die Einführung einer Pauschalvergütung in der stationären Versorgung im Hinblick auf Veränderungen der Versorgungs- und Inanspruchnahmestrukturen untersucht. Alle drei Studien finden einen gewissen Substitutionseffekt, d. h., PatientInnen werden früher aus dem Krankenhaus entlassen und dafür häufiger in spezialisierte Pflegeeinrichtungen oder in die häusliche Pflege übergeben. Manton et al. [42] schließen aus ihren Ergebnissen sogar, dass infolge der Intervention weniger PatientInnen „gesund nach Hause“ entlassen werden als vorher.

Diese Vermutung wird auch von Qian et al. [48] bestätigt: Der Anteil der PatientInnen, die zunächst aus dem Krankenhaus nach Hause und dann innerhalb von zwei Monaten wieder

[1] Bei einer „latent class analysis“ werden Beobachtungseinheiten auf Basis messbarer Eigenschaften zu latenten Klassen (z. B. Klassen von Gesundheitszuständen) zusammengefasst. Die Zielfunktion beruht hierbei auf der Bildung von Gruppen, die innerhalb möglichst homogen und zwischen einander möglichst heterogen sind. Eine ex-ante Hypothese über einen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang ist hierbei nicht erforderlich, daher ist eine kausale Interpretation von LCA-Modellen nur eingeschränkt möglich.

in eine Pflegeeinrichtungen aufgenommen werden, hatte sich unter der Pauschalvergütung verdreifacht. Eine erhöhte Rehospitalisierungswahrscheinlichkeit wurde in derselben Studie nicht gefunden. Insofern ist tatsächlich von einer Substitution und nicht von einer Transition (über Pflegeheime zurück in die stationäre Versorgung) auszugehen. Auch, wenn alle begutachteten Studien im Kontext einer stationären PatientInnenversorgung durchgeführt wurden, ist die Übertragbarkeit auf den deutschen Reformhintergrund aufgrund des sehr speziellen PatientInnenmix - Medicare-PatientInnen sind tendenziell älter und kränker als die durchschnittliche Bevölkerung - eingeschränkt. Zudem wurden die Analysen nicht speziell im psychiatrischen Bereich und für ein fall- und nicht tagesbezogenes Vergütungssystem durchgeführt.

2.3. Veränderungen der Fallzahl in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems wird unter anderem das Ziel verfolgt, Krankenhäuser leistungsorientiert zu vergüten, Effizienzreserven bei der Versorgung von PatientInnen im stationären Bereich zu mobilisieren und Krankenhäuser mit kosteneffizienterem Leistungsangebot zu belohnen. Dies kann auch Veränderungen der Fallzahl zur Folge haben. Die vor diesem Hintergrund in die systematische Literaturübersicht eingeschlossenen sechs Studien wurden zwischen 1986 und 2014 publiziert, davon fünf Studien vor dem Jahr 1995. Fünf Studien untersuchen die stationäre Krankenhausversorgung in den USA [60, 36, 42, 65, 54]. Eine Studie analysiert die ambulante Versorgung durch HausärztInnen in Kanada [62]. Die AutorInnen untersuchen Effekte der Einführung des Medicare-Medicaid-DRG Systems auf 62 Krankenhäuser in der Region um Philadelphia, USA. Mit Daten der Medicaid Hospital Cost Reports sowie des Delaware Valley Hospital Council im Zeitraum von 1978 bis 1985 schätzen die AutorInnen eine Zeitreihenregression. Nach Einführung des DRG-Systems konnten keine statistisch signifikanten Veränderungen der Aufnahme- oder Fallzahlen beobachtet werden.

Hsiao und Dunn [36] analysieren den Wechsel von einem kostenbasierten hin zu einem prospektiven Vergütungssystem. Die Intervention erfolgte in 80 kommunalen Krankenhäusern in New Jersey (USA) und wurde anhand von Daten der American Hospital Association mithilfe einer Zeitreihenregression analysiert. Nachdem im Jahr 1976 zunächst von der kostenbasierten auf eine *per diem* Vergütung umgestellt wurde, kann ein Rückgang des Wachstums bei den Fallzahlen von jährlich ca. 4 Prozent auf jährlich 0,7 Prozent ($p \leq 0{,}01$) beobachtet werden. Nach 1980, als eine noch restriktivere DRG-basierte Fallpauschalenvergütung implementiert wurde, stiegen die Fallzahlen leicht an (auf 1 Prozent p. a.), diese Steigerung konnte jedoch statistisch nicht belegt werden.

In ihrer Studie mit 25 401 PatientInnen im Alter über 65 Jahre untersuchen Manton et al. [42] die Einführung einer prospektiven Vergütung über den Zeitraum Oktober 1983 bis September 1984 in den USA mithilfe eines Latent Class Models und Daten der US-amerikanischen Long-term Care Survey Datenbank sowie Medicare-Abrechnungsdaten der

Jahre 1971 bis 1986. Die Studie berichtet von einem postinterventionellen Rückgang von 2 235 845 Fällen im Jahr 1982 auf 2 090 402 Fälle im Jahr 1984 (−6,5 Prozent) für PatientInnen, die aus Krankenhäusern in weitere Einrichtungen wie Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen entlassen werden.

In den USA untersuchen Scheffler et al. [54] die Auswirkungen der Einführung des prospektiven Medicare-Vergütungssystems im Zeitraum von Oktober 1983 bis 1987 auf die Fallzahlen in der stationären Behandlung von PatientInnen. Die Studie nutzt Versichertendaten auf Quartalsbasis von 56 verschiedenen Blue Cross und Blue Shield Plans der Jahre 1980 bis 1987. Effekte für die Stichprobe (1 792 Observationen) werden mittels einer Random-Effects-Panelregression geschätzt. Im Ergebnis ist eine statistisch signifikante Reduktion der Behandlungsfälle um 7,3 Prozentpunkte ($p < 0{,}01$) zu beobachten.

In Ontario, Kanada, koexistieren kostenbasierte sowie prospektive Vergütungsmodelle in der allgemeinärztlichen Versorgung. Steele et al. [62] untersuchen in ihrer Studie die Auswirkungen unterschiedlicher Vergütungen auf die Fallzahlen und Arztbesuche. Dazu nutzen sie Sekundärdaten von 125 233 PatientInnen mit mindestens einer diagnostizierten psychotischen oder bipolaren Störung im Zeitraum April 2009 bis März 2011, die mittels eines Zähldatenmodells (Negativbinomial-Regression) analysiert werden. Unter einer Vergütung mit prospektivem Anteil ist eine geringere Anzahl an psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungsfällen im ambulanten Versorgungssektor zu beobachten als mit kostenbasierter Vergütung (incidence rate ratio: 0,77; 95 Prozent-Konfidenzintervall [0,74; 0,81]). Demgegenüber steht eine größere Anzahl an Behandlungsfällen im stationären Versorgungssektor unter prospektiver Vergütung im Vergleich zur kostenbasierten Vergütung (incidence rate ratio: 1,05; 95 Prozent-Konfidenzintervall [1,09; 1,09]).

Aus dem Jahr 1993 stammt eine Studie von Wells et al. [65], in der die Effekte der Einführung des prospektiven Medicare-Vergütungssystems in den USA auf die Wiederaufnahmeraten in der stationären Versorgung von 2 746 PatientInnen aus 297 Krankenhäusern aus dem Jahr 1981 sowie von Juli 1985 bis Juni 1986 analysiert werden. Mithilfe einer logistischen Regression zeigen die AutorInnen einen Rückgang der Wiederaufnahmeraten um 8,4 Prozentpunkte nach Einführung der prospektiven Vergütung ($p < 0{,}01$).

In vier von sechs eingeschlossenen Studien werden die zu vergleichenden Gruppen in Bezug auf relevante Merkmale adjustiert (z. B. Alter, Geschlecht, teilweise medizinische und sozioökonomische Charakteristika). Die Ergebnisse von Scheffler et al. [54] sind vorsichtig zu interpretieren, da die Einführung der prospektiven Vergütung z. T. unter einem Jahr vor Ende des Untersuchungszeitraums lag. Manton et al. [42] führen wiederum eine latente Klassenanalyse durch. Hierbei werden die Individuen der Untersuchungsstichprobe auf Basis beobachtbarer Eigenschaften zu Klassen (von Gesundheitszuständen) zusammengefasst, um dann zwischen den Klassen einen Mittelwertvergleich durchzuführen. Ein solches Vorgehen ist nicht mit statistischem Testen im engeren Sinne gleichzusetzen. Lediglich eine der sechs gefundenen Studien legt den Fokus auf eine psychiatrische PatientInnenpopulation. Fünf von sechs Studien untersuchen prospektive Vergütungssysteme im Hinblick

auf Veränderungen der Zahl von Behandlungsfällen. Lediglich Wells et al. [65] nutzen die „Veränderung der Wiederaufnahmerate“.

In der bisher zu den Auswirkungen pauschalierender Vergütungssysteme publizierten wissenschaftlichen Literatur ist ein eindeutiger Trend für die Entwicklung der Fallzahlen nicht zu identifizieren. Zwei der von uns recherchierten Studien finden keinen statistisch signifikanten Effekt [60, 36]. Zwei Studien finden einen Rückgang der Fallzahlen im stationären Versorgungssektor [42, 54], wobei die Analysen von Manton et al. [42] keine statistisch signifikanten Effektschätzungen ergeben. Eine Studie [65] findet einen Rückgang der Wiederaufnahmerate. In einer Studie [62] ist die analysierte Population auf PatientInnen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen beschränkt. Aus der Beschreibung der Populationen der übrigen betrachteten Studien geht nicht eindeutig hervor, ob und inwieweit PatientInnen mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen analysiert wurden. Letztendlich ist die Studie von Steele et al. [62], die im stationären Versorgungssektor einen Anstieg der Fallzahlen beobachten, noch am ehesten mit der Reformsituation in Deutschland vergleichbar.

2.4. Veränderungen der Behandlung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Im Kontext der regulatorisch initiierten Umstellung der Vergütung von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausleistungen stellt sich die Frage, ob und inwieweit Krankenhäuser mit einer Anpassung der Behandlung von PatientInnen reagieren. Die vor diesem Hintergrund in die systematische Literaturübersicht eingeschlossenen Publikationen wurden zwischen 1986 und 2014 veröffentlicht. Sieben der 13 Studien (rund 54 Prozent) untersuchen Populationen in den USA, zwei Studien in der Schweiz und jeweils eine Studie in Kanada, Südkorea, Italien und Taiwan. Smith und Pickard [60] untersuchen die Effekte der Einführung der Medicare-Medicaid-DRGs anhand einer Stichprobe von 62 Krankenhäusern in der Region um Philadelphia (USA) mithilfe von Daten der Medicaid Hospital Cost Reports sowie des Delaware Valley Hospital Council im Zeitraum von 1978 bis 1985. Die AutorInnen finden einen Rückgang der Verweildauer um 0,8 Tage ($p < 0{,}01$) nach Einführung des DRG-Systems.

Hsiao und Dunn [36] analysieren den Wechsel von einem tagessatzbasierten zu einem prospektiven Vergütungssystem über die Jahre 1980 bis 1982 in 80 kommunalen Krankenhäusern in New Jersey (USA). Mittels Zeitreihenregression auf Basis von Daten der American Hospital Association, die für den Zeitraum 1971 bis 1984 vorliegen, finden sie eine statistisch signifikante Reduktion der Verweildauer bei prospektiver DRG-Vergütung um 0,2 Tage ($p < 0{,}01$).

Manton et al. [42] untersuchen die Einführung eines prospektiven Vergütungssystems in den USA im Zeitraum von Oktober 1983 bis September 1984 auf Basis von 25 401 PatientInnen im Alter von über 65 Jahren, die im Rahmen des US-amerikanischen Long-term Care Survey befragt wurden. Die Autoren finden einen postinterventionellen Rückgang der

Verweildauer von 10,3 auf 9,6 Tage für PatientInnen, die aus Krankenhäusern in Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen entlassen worden sind. Außerdem wurde das prospektive Vergütungssystem mit einer gesteigerten Inanspruchnahme von spezialisierten („skilled nursing facilities“) oder häuslichen („home health agencies“) Pflegeeinrichtungen – parallel zur reduzierten stationären Verweildauer – assoziiert, was auf einen Substitutionseffekt hindeutet (s. Kapitel 5).

Davis et al. [21] nutzen in ihrer Studie zur Einführung eines prospektiven Vergütungssystems in den USA Daten der Health Care Financing Association. Die untersuchte Stichprobe umfasst 2 746 Medicare-PatientInnen (Alter $\geq$ 65 Jahre) mit unipolarer bzw. nicht näher bezeichneter Depression, die in einem von 297 allgemeinen Akutkrankenhäusern im Zeitraum von 1981 bis 1982 und 1984 bis 1986 behandelt wurden. Zum Vergleich ziehen sie Einrichtungen heran, die nicht prospektiv vergütet wurden. Die AutorInnen finden einen statistisch signifikanten Rückgang der Verweildauer (13,0 auf 10,7 Tage, $p < 0{,}05$) in Krankenhäusern, die von der Vergütungsänderung betroffen waren. In Krankenhäusern, die nicht von der Intervention betroffen waren, ging die Verweildauer ebenfalls zurück (13,5 auf 11,4 Tage). Allerdings war hier kein statistisch signifikanter Effekt nachweisbar.

Auf Basis von Medicaid-Routinedaten aus den USA untersuchen Norton et al. [46] die Auswirkungen der Einführung eines prospektiven Vergütungssystems für Krankenhäuser im Bundesstaat Massachusetts im Oktober 1991. Die Studie umfasst 4 193 psychisch kranke PatientInnen (8 509 Fälle), die zwischen Juli 1990 und Juni 1993 behandelt wurden. Mithilfe von Panelregressionen (fixed effects auf Krankenhausebene, random effects auf PatientInnenebene) modellieren die AutorInnen die Preiselastizität der Verweildauer. Eine Reduzierung der Vergütung um 10 Prozent führte zu einer Reduzierung der Verweildauer um 2 Prozent ($p < 0{,}01$). Die Schätzung für die Elastizität einer Änderung in der marginalen Vergütung war statistisch nicht signifikant.

Sood et al. [61] analysieren Medicare-Routinedaten für den Zeitraum Januar 2001 bis Juni 2003. Sie beobachteten 403 529 PatientInnen, die im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt in einer speziellen Rehabilitationseinrichtung (mind. drei Std. therapeutische Betreuung/Tag) behandelt wurden, für eine Dauer von 60 Tagen. Die untersuchten Rehabilitationseinrichtungen wurden dabei im Laufe des Jahres 2002 von einer kostenbasierten auf eine prospektive, pauschalierende Vergütung umgestellt. Die Studie stellt einen deutlichen (statistisch signifikanten) Rückgang der Verweildauer um bis zu 5,7 Prozent infolge der Vergütungssystemänderung fest. Rehabilitationseinrichtungen, die finanziell negativ von der neuen Vergütungsform betroffen waren, zeigten ein – relativ betrachtet – stärkeres Anpassungsverhalten, d. h., hier gingen die Verweildauern am stärksten zurück.

Wen und Wen [66] analysieren mithilfe von PatientInnendaten von drei Standorten des Chang Gung Memorial Hospitals die Einführung einer pauschalierenden Vergütung und deren Auswirkung auf die Verweildauer in Taiwan im Oktober 1997. Die Studie nutzt hierzu insgesamt 22 327 Behandlungsfälle von PatientInnen, bei denen eine von fünf identifizierenden OP-Prozeduren durchgeführt wurde (Appendektomie, Hämorrhoidektomie, laparoskopische Cholezystektomie, Prostatektomie). Die Autorinnen der Studie finden ein

Jahr nach Einführung der prospektiven Vergütung eine im Vergleich zur Vorperiode um 0,6 Tage verringerte Verweildauer ($p = 0{,}01$).

Für die USA untersuchen Dobrez et al. [24] die Einführung prospektiver Vergütung im Jahr 2002. Ihre Stichprobe, auf Grundlage von Daten der American Medical Rehabilitation Providers Association aus dem Zeitraum 1998 bis 2006, umfasst 98 151 Schlaganfallpatientinnen, die in einer von 132 stationären Rehabilitationseinrichtungen behandelt und entlassen wurden. Mittels einer Panelregression schätzen die AutorInnen eine statistisch signifikante Reduktion der Verweildauer um 1,9 Tage für Medicare-PatientInnen ($p < 0{,}01$) und um 2,2 Tage für Nicht-Medicare-PatientInnen ($p < 0{,}01$).

Echevin und Fortin [27] untersuchen die Einführung eines Misch-Systems (prospektive Vergütung mit tages- und kostenbasierten Vergütungsbestandteilen) für ÄrztInnen in Quebec (Kanada) im Jahr 1999. Auf Basis von administrativen Daten zu 13 445 Krankenhausaufenthalten im Zeitraum von 1999 bis 2007 und mithilfe eines Proportional-Hazard-Modells schätzen die AutorInnen Änderungen in der Verweildauer sowie der Wiederaufnahmerate. Es wird ein statistisch signifikanter Anstieg der Verweildauer in allen betroffenen Fachabteilungen von 0,3 Tagen (SE 0,07) beobachtet. Dies entspricht einer Veränderung von 4,2 Prozent. Für die einzige psychiatrische Abteilung („Kinder- und Jugendpsychiatrie“) beobachten sie hingegen eine Reduktion der Verweildauer um 1,5 Tage (SE 6,24; n. s.).

Für China untersuchen Gao et al. [30] den Wechsel von einer kostenbasierten Vergütung hin zu Kopfpauschalen in Verbindung mit freier Versicherungswahl. Sie nutzen dazu Befragungsdaten von 5 018 stationären Fällen im Zeitraum von 2008 bis 2010 aus der Stadt Changde sowie aus neun weiteren chinesischen Städten als Kontrollgruppe. Mittels Difference-in-differences-Analyse modellieren die AutorInnen einen Rückgang der Verweildauer um 17,7 Prozent nach Einführung der prospektiven Vergütungsform ($p < 0{,}01$).

Drei Analysen prospektiver Vergütungssysteme in europäischen Ländern stammen von Louis et al. [41], Schuetz et al. [57] und Warnke et al. [64]. Für Italien untersuchen Louis et al. [41] die Einführung eines DRG-Systems im Jahr 1995 anhand von Daten aus 32 Krankenhäusern in der Region Friuli-Venezia Giulia im Zeitraum 1993 bis 1996. Untersucht wurden die Verweildauer sowie die Wiederaufnahmerate für neun verschiedene Erkrankungen (Appendizitis, Diabetes mellitus, kolorektales Karzinom, Gallenblasenentzündung, Bronchitis oder COPD, bakterielle Pneumonie, koronare Herzkrankheit, zerebrovaskuläre Krankheiten, Hüftfraktur). Im Rahmen der Analyse wurden die Jahre 1993 und 1996 genutzt, um für die o. g. Parameter Mittelwerte vor und nach Einführung der prospektiven Vergütung mittels t-Tests zu vergleichen. Die durchschnittliche Verweildauer sank von 9,1 Tagen im Jahr 1993 auf 8,8 Tage im Jahr 1996 (Reduktion um 3,3 Prozent, $p < 0{,}01$).

Schuetz et al. [57] analysieren in ihrer Studie zur Einführung eines DRG-basierten prospektiven Vergütungssystems in der Schweiz mögliche Veränderungen der Verweildauer für eine Stichprobe von insgesamt 925 erwachsenen PatientInnen mit Pneumonie aus sechs Krankenhäusern im Zeitraum von Oktober 2006 bis März 2008. Die Daten stammen aus einem zuvor abgeschlossenen RCT. Als Vergleichsgruppe werden PatientInnen herangezogen, die in einzelleistungsvergüteten Krankenhäusern behandelt wurden. Die AutorInnen schätzen

mithilfe von Überlebenszeitmodellen (Cox Proportional Hazards), dass die Verweildauer in den beiden Krankenhäusern mit prospektiver Vergütung ca. 22,6 Prozent kürzer ist als in den vier Krankenhäusern mit kostenbasierter Vergütung (8,4 Tagen und 10,3 Tage, $p < 0{,}01$).

Ebenfalls für die Schweiz untersuchen Warnke et al. [64] die Einführung eines prospektiven Vergütungssystems im Jahr 2009 für erwachsene PatientInnen aus dem ICD-Diagnosespektrum F0 bis F9, die in einem von insgesamt vier Krankenhäusern im Kanton Zürich stationär behandelt wurden. Als Datengrundlage nutzen die AutorInnen Krankenhausdaten aus den Jahren 2005 bis 2011 und schätzen die Auswirkungen des Vergütungssystems auf die Verweildauer von 66 626 psychiatrischen Behandlungsfällen. Die Studie findet infolge der zu untersuchenden Intervention eine leichte Zunahme beim Anteil der PatientInnen, die sechs bis zehn Tage im Krankenhaus verweilen (n. s.). Weiterhin stellen sie einen Anstieg in der Verweildauerkategorie „11-28 Tage“ und einen proportionalen Rückgang in der Verweildauerkategorie „> 28 Tage“ fest.

Die begutachteten Studien untersuchen ein sehr heterogenes Spektrum an Vergütungsmodellen, bei denen Pauschalierung zumindest ein Bestandteil der Systematik war. Die Detailbestimmungen der Vergütungsmodelle variieren zwischen den Studien z. T. stark. Außerdem sind Unterschiede hinsichtlich der finanziellen Anreize der Leistungserbringer und -empfänger sowie bei nicht finanziellen Komponenten (z. B. Qualitätssicherungsmaßnahmen) zu vermuten. Obwohl im Großteil der Studien (10 von 13) die zu vergleichenden Gruppen in Bezug auf relevante Einflussfaktoren adjustiert werden (z. B. Alter, Geschlecht, teilweise auch medizinische, soziodemografische und sozioökonomische Eigenschaften), lassen sich systematische Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen nicht ausschließen.

Bei einigen Studien ist *per se* keine kausale Interpretation der untersuchten Intervention möglich, da keine prospektive Randomisierung oder - bei retrospektiven Designs - keine entsprechende Risikoadjustierung vorgenommen wurde. Hier ist z. B. die Studie von Davis et al. [21] zu nennen, bei der Unterschiede zwischen Gruppen einer nicht-randomisierten Studienpopulation lediglich mithilfe von F-Tests untersucht werden. Manton et al. [42] führen wiederum eine latente Klassenanalyse durch. Hierbei werden die Individuen der Untersuchungsstichprobe auf Basis beobachtbarer Eigenschaften zu Klassen (von Gesundheitszuständen) zusammengefasst, um dann zwischen den Klassen einen Mittelwertvergleich anzustellen. Ein solches Vorgehen ist nicht mit statistischem Testen im engeren Sinne gleichzusetzen. Auch das Fehlen einer „echten“ Kontrollgruppe – also von Beobachtungseinheiten, die zeitlich parallel zur Interventionsgruppe beobachtet werden können, aber nicht von einer etwaigen Vergütungsänderung betroffen sind – ist bei vielen der vorliegenden Studien problematisch.

Im Hinblick auf Veränderungen bei der Behandlung von PatientInnen im stationären Bereich zeigt die internationale Erfahrung eine relativ eindeutige Richtung auf: Infolge prospektiver Pauschalvergütung ist ein Rückgang der Verweildauer je Krankenhausfall zu erwarten. Wie stark dieser Rückgang ausfallen wird, ist allerdings kaum zu beantworten, da die der Übersicht zugrunde liegenden Studien den Ergebnisparameter über unterschiedlich

lange Zeiträume beobachtet und ausgewertet haben. Zumal die Evidenz darauf hindeutet, dass die Höhe einer Verweildauerveränderung auch vom Effizienzdruck abhängt, d. h. davon, wie stark im Einzelfall die Kosten und die Entlohnung für einen definierten Fall im jeweiligen Krankenhaus auseinanderfallen [53, 33].

Gegenstand der Untersuchung in den meisten der von uns gefundenen Studien ist außerdem ein DRG-Fallpauschalensystem zur Vergütung von Krankenhausleistungen. Im Unterschied zur PEPP-Entgeltsystematik, bei der tagesweise pauschaliert vergütet wird, kann bei der DRG-Entgeltsystematik tatsächlich ein marginaler Erlöseffekt von Null auftreten. Das bedeutet, dass unter Umständen Behandlungstage im Krankenhaus nach einer definierten Obergrenze nicht mehr weiter vergütet werden. Beim PEPP-Entgeltsystem ist hingegen in einem solchen Szenario lediglich ein Abschlag hinzunehmen. Daraus ergeben sich entsprechend schwächere Anreize für eine Verhaltensanpassung seitens der Leistungserbringer wie beispielsweise in Bezug auf eine Veränderung der Verweildauer.

2.5. Veränderungen der Kodierung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Kodierqualität beschreibt die Richtigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation von Diagnosen, Prozeduren sowie PatientInnencharakteristika im Rahmen der Durchführung einer medizinischen Behandlung. Eine korrekte und vollständige Kodierung von Behandlungsfällen ist dementsprechend eine Grundvoraussetzung für die Anwendung des PEPP-Entgeltsystems, welches die Vergütung an den dokumentierten Aufwand der Behandlung von PatientInnengruppen koppelt (§ 17d KHG).[2] Die vor diesem Hintergrund durchgeführte systematische Literaturübersicht ergab nach eingehender Prüfung (gem. der o. g. Ein- bzw. Ausschlusskriterien) keine zu berücksichtigenden Studien. Um dennoch einen Überblick zu ermöglichen, wurden die im Rahmen der systematischen Recherche ausgeschlossenen Studien identifiziert, deren Ergebnisse einen Hinweis auf den Zusammenhang zwischen der Einführung eines prospektiven Vergütungssystems oder Preisänderungen innerhalb eines solchen Systems auf das Kodierverhalten von Anbietern medizinischer Leistungen liefern.

Die sieben auf diese Art identifizierten Publikationen wurden zwischen 1990 und 2017 veröffentlicht. Alle Studien untersuchen Veränderungen im Kodierverhalten im Kontext der stationären Krankenhausversorgung. Drei der sieben Studien nutzen Medicare-PatientInnendaten aus den USA [15, 18, 59]. Eine Studie analysiert das Kodierverhalten in Krankenhäusern in Portugal [3]. Eine Studie [58] untersucht Veränderungen in der Kodierung in schwedischen Krankenhäusern. Eine der Studien analysiert Upcoding in der stationären Neonatologie in Deutschland [39]. Eine weitere Studie untersucht, inwieweit sich Upcoding auf die Effizienz von regionalen Krankenhäusern in der Lombardei (Italien) auswirkt [5].

[2] § 17d Krankenhausfinanierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGB I, S. 886), das durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2016 (BGB I, S. 2581) geändert worden ist.

Die Studie von Carter et al. [15] untersucht mithilfe von Behandlungsakten einer Stichprobe von 7 887 Medicare-PatientInnen Veränderungen des Casemix zwischen 1986 und 1987. Die AutorInnen versuchen eine Trennung zwischen der tatsächlichen (epidemiologisch bedingten) und der durch Upcoding bedingten Änderung. Zu diesem Zweck vergleichen sie den durch Krankenhäuser berechneten Casemix-Index mit dem durch ein unabhängiges Unternehmen ermittelten Casemix-Index. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass etwa zwei Drittel (66,9 Prozent) der Steigerungen des Casemix auf tatsächliche Veränderungen in der Fallschwere zurückzuführen sind. Ein Großteil des verbleibenden Drittels resultiert aus generellen Veränderungen der Genauigkeit der Kodierung (24,1 Prozent). Der Anteil an der Änderung, der aus einer abweichenden Kodierung zwischen den Krankenhäusern und dem externen Dienstleister resultiert und damit potenziell auf Upcoding zurückzuführen ist, beträgt 2,1 Prozent.

Dafny [18] untersucht Preiseffekte, die auf eine in den USA im Jahr 1988 implementierte regulatorische Reform des Medicare Systems zurückzuführen sind. Die Autorin nutzt mehrere Datenquellen (Medicare Provider Analysis and Review, DRG-Gewichte des Federal Register, Medicare Cost Reports, Annual Survey of Hospitals der American Hospital Association), um die Zeit drei Jahre vor und nach Einführung der Reform abzubilden. Dafny (2005) schätzt mittels linearer Regressionsmodelle marginale Preiseffekte, die durch Änderungen der DRG-Relativgewichte entstehen. Die Ergebnisse zeigen, dass mit steigender Profitabilität einer DRG (d. h., die DRG hat relativ zu anderen DRGs eine höhere Preissteigerung erfahren) der Anteil der PatientInnen, die hierunter kodiert werden, ansteigt (zwischen 0,08 für PatientInnen $\leq$ 70 Jahre und 0,11 für PatientInnen $>$ 70 Jahren, $p < 0{,}01$).

Barros und Braun [3] untersuchen ebenfalls eine regulatorisch induzierte Veränderung der DRG-Preise im Jahr 2006 anhand von Daten der Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Diese beinhalten Informationen zu 54 593 Krankenhausentlassungen in Portugal, die zwischen 2001 und 2008 erhoben wurden. Auch hier zeigen die Ergebnisse, dass sich der PatientInnenanteil in den DRGs, die im Vergleich zum Vorzeitraum relativ besser vergütet werden, signifikant erhöht (0,7, $p < 0{,}01$). Die AutorInnen schätzen die gesellschaftlichen Kosten, die durch Upcoding verursacht werden, auf 0,03 Prozent der Gesamtkosten des portugiesischen Gesundheitssystems.

Seit dem Jahr 2003 basiert die Vergütung von Fällen in der stationären Neonatologie in Deutschland teilweise auf dem Geburtsgewicht von Neugeborenen. Juerges und Koeberlein [39] kombinieren Daten aus dem Geburtenregister von 1996 bis 2010 und Krankenhausdaten von 2006 bis 2011, um Veränderungen in der Verteilung der Geburtsgewichte und damit potenzielle Upcoding-Effekte zu untersuchen. Schätzungen der AutorInnen zufolge beträgt die Upcodingrate durch die inkorrekte Angabe von Geburtsgewichten zwischen 60 und 80 Prozent. Die geschätzten Mehreinnahmen der Krankenhäuser belaufen sich damit auf etwa 144 Mio. Euro.

Serden et al. [58] untersuchen anhand von Daten des schwedischen Krankenhausentlassungsregisters (rund 5,4 Mio. Entlassungen) der Jahre 1988 bis 2000, inwieweit ein DRG-

basiertes, prospektives Vergütungssystem die Anzahl der kodierten Zweitdiagnosen beeinflusst. Hierzu teilen die AutorInnen Krankenhäuser in drei Gruppen ein: solche die eine prospektive Vergütung zwischen 1991 und 1992 eingeführt haben („early adopters“), solche, die eine prospektive Vergütung zwischen 1993 und 1994 implementierten („late adopters“), und solche, die nicht prospektiv vergütet wurden. Mittels deskriptiver Analyse kommen die AutorInnen zum Ergebnis, dass die Anzahl kodierter Zweitdiagnosen bei den „early adopters“ um 40 Prozent anstieg. Bei den „late adopters“ wurde ein Anstieg um elf Prozent und bei den Krankenhäusern ohne prospektive Vergütung um neun Prozent beobachtet. Im Jahr 2000 hatten Krankenhäuser, die prospektiv vergütet wurden, 50 Prozent mehr Zweitdiagnosen als die übrigen Krankenhäuser. Zwischen 1988 und 2000 stieg die Anzahl der Zweitdiagnosen bei prospektiv vergüteten Krankenhäusern um 120 bis 160 Prozent an, während die übrigen Krankenhäuser eine Steigerung von 56 Prozent im selben Zeitraum aufwiesen.

Berta et al. [5] nutzen administrative Krankenhausdaten mit mehr als 20 Mio. Entlassungen aus allen aktiven Krankenhäusern in der Region Lombardei (Italien) aus den Jahren 1998 bis 2007, um zu untersuchen, inwiefern sich die Einführung eines prospektiven Vergütungssystems und damit verbundene Effekte (u. a. Upcoding) auf die technische Effizienz von Krankenhäusern auswirken. Die AutorInnen schätzen zunächst die Effizienz (Verhältnis zwischen Input und Output) der Krankenhäuser und anschließend den Einfluss des vom prospektiven Vergütungssystem verursachten Effekts auf den Krankenhausoutput (unter Kontrolle für die Eigentümerstruktur). Zwischen den zur Analyse herangezogenen statistischen Modellen schwankt der negative Einfluss von Upcoding auf die Effizienz um $-0{,}004$ bis $-0{,}002$ ($p < 0{,}01$).

Silverman und Skinner [59] untersuchen, inwieweit die Eigentümerverhältnisse von Krankenhäusern Upcoding beeinflussen. Dafür nutzen die AutorInnen Behandlungsakten von Medicare-PatientInnen mit Lungenentzündung. Eine deskriptive Analyse dieser Daten zeigt, dass der Anteil der DRG mit der höchsten Profitabilität an allen DRGs für Pneumonie und Atemwegsinfektionen zwischen 1989 und 1998 um zehn Prozent bei Non-Profit-Krankenhäusern, um 23 Prozent bei For-Profit-Krankenhäusern und um 37 Prozent bei Krankenhäuser, die in For-Profit-Krankenhäuser umgewandelt wurden, gestiegen ist.

Barros und Braun [3] nutzen für ihre Schätzungen Regressionsmodelle für Paneldaten, die für patientInnen- sowie krankenhausspezifische Effekte adjustieren. Dafny [18] nutzt ebenfalls ein Regressionsmodell für ihre Analyse, kontrolliert mithilfe von fixen Jahres-Effekten für Zeittrends und mittels des Anteils „junger“ (bzw. alter) PatientInnen für Komplikationsraten. Beide Studien basieren auf der Annahme, dass die Preisänderungen aus Sicht der Krankenhäuser exogen sind. Dies ist plausibel, da ein einzelnes Krankenhaus keinen Einfluss auf die regulatorisch herbeigeführte Preissetzung hat.

Silverman und Skinner [59] schätzen – ebenfalls mittels Regressionsanalysen – den Einfluss der Eigentümerstruktur eines Krankenhauses auf das Kodierverhalten. Die AutorInnen adjustieren unter anderem für regionale Charakteristika und For-Profit-Marktanteile. Im

Rahmen der Studie wird nach Auswirkungen auf den Anteil der Fälle, die teureren DRGs zugeordnet werden, gesucht – allerdings nicht, welche Gründe dies haben könnte.

Serden et al. [58] führen eine rein deskriptive Analyse durch, weshalb eine kausale Interpretation der Ergebnisse nicht möglich ist. Dass in Krankenhäusern, die prospektiv vergütet werden, ein schnellerer Anstieg in der Anzahl der kodierten Zweitdiagnosen vorliegt, kann auf eine höhere Qualität der Kodierung, allerdings auch auf andere Gründe zurückzuführen sein. Die Analysen der Studie von Carter et al. [15] basieren auf der Annahme, dass die Ausführlichkeit der Dokumentation im Betrachtungszeitraum konstant geblieben ist. Sollte diese Annahme nicht erfüllt sein, ist das Ergebnis der Studie nach oben verzerrt. Zusätzlich muss bei der Interpretation berücksichtigt werden, dass die betrachtete Studienpopulation nicht repräsentativ ist, womit die externe Validität nicht ohne Weiteres vorausgesetzt werden kann. Da die Studie von Berta et al. [5] die Auswirkungen des Upcoding auf die Effizienz von Krankenhäuser misst, lassen sich aus dieser Studie keine Aussagen über die Determinanten oder das Ausmaß der Veränderungen im Kodierverhalten von Krankenhäusern ableiten. Allerdings lassen die Ergebnisse darauf schließen, dass eine veränderte Kodierqualität Auswirkungen auf andere Bereiche, die ebenfalls im Rahmen der Begleitforschung untersucht werden, haben könnte. Keine der in dieser Übersicht enthaltenen Studien basiert explizit auf einer psychiatrischen PatientInnenpopulation.

Die Auswertung der in die systematische Literaturübersicht einbezogenen Publikationen liefert die Evidenz, dass die Einführung pauschalierender Vergütungssysteme sowie Preisänderungen einen Einfluss auf das Kodierverhalten der Krankenhäuser haben könnten, wobei das Ausmaß der Veränderung sehr unterschiedlich quantifiziert wird. Zwei der berücksichtigten Studien beschäftigen sich nicht unmittelbar mit Veränderungen in der Kodierung. Silverman und Skinner [59] finden Evidenz, die die These unterstützt, dass die Eigentümerstruktur der Krankenhäuser in den USA das Kodierverhalten beeinflusst. Eine Studie auf Basis italienischer Daten findet einen signifikant negativen Einfluss des Kodierverhaltens auf die Produktivität von Krankenhäusern [5].

Alle betrachteten Studien wurden in einem stationären Versorgungskontext durchgeführt. In der Publikation von Juerges und Koeberlein [39] wurden lediglich Neugeborene in die Analyse eingeschlossen. Die externe Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Vergütungsreform im psychiatrischen Kontext ist somit fraglich. In der von Silverman und Skinner [59] betrachteten Population sind ausschließlich PatientInnen mit diagnostizierter Pneumonie oder Atemwegserkrankung berücksichtigt. Aus der Beschreibung der Studienpopulationen der übrigen eingeschlossenen Literatur geht nicht hervor, ob und inwieweit PatientInnen mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen in den Studien vertreten waren. Alle Studien betrachten ein Vergütungssystem, das wie das PEPP-Entgeltsystem auf Fallpauschalen basiert. Die DRG-Systeme in der somatischen Medizin, die in der vorgestellten Literatur betrachtet werden, bilden allerdings im Gegensatz zu dem tagesbezogenen PEPP-Entgeltsystem ganze Fälle ab. Insofern ist eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die hiesige Situation im psychiatrischen und psychosomatischen Kontext nicht ohne weitere Annahmen möglich.

2.6. Veränderungen der Qualität in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Zur Untersuchung von Veränderungen in Bezug auf die Qualität vor dem Hintergrund von Vergütungssystemänderungen wurden Publikationen, die zwischen 1993 und 2011 veröffentlicht wurden, in die systematische Literaturübersicht eingeschlossenen. Fünf der sieben Studien (71 Prozent) untersuchen Populationen in den USA. Jeweils eine Studie untersucht eine Intervention anhand von Daten aus Italien und der Schweiz. Manton et al. [42] beobachten die Einführung eines prospektiven Vergütungssystems in den USA im Zeitraum von Oktober 1983 bis September 1984 auf Basis von 25 401 PatientInnen im Alter von über 65 Jahren, die im Rahmen des US-amerikanischen Long-term Care Survey befragt wurden. Die Sterblichkeitsrate – ein Jahr nach Entlassung aus der stationären Behandlung – ist vor (8,4 Prozent) und nach (8,5 Prozent) der Einführung der Pauschalvergütung nahezu konstant geblieben. Die Autoren schließen daraus, dass keine adversen Qualitätseffekte ableitbar sind.

Eine Studie von Wells et al. [65] analysiert den Effekt der Einführung eines prospektiven Vergütungssystems in den USA im Jahre 1983. Die AutorInnen werten hierfür Daten von 2 746 Medicare-PatientInnen, die wegen einer Depression in einem von 297 Krankenhäusern behandelt wurden, aus. Für die Zeiträume Januar 1981 bis Dezember 1981 (Prä-Interventions-Periode) sowie Juli 1985 bis Juni 1986 (Post-Interventions-Periode) werden unter anderem die Mortalität, die Wiedereinweisungsrate, Komplikationsraten und der klinische Zustand der PatientInnen bei Entlassung dokumentiert. Mithilfe multivariater Regressionen schätzen die AutorInnen adjustierte Ergebnisparameter. Während nach Einführung der neuen Vergütung die Mortalitätsrate im Zeitraum von 365 Tagen nach dem stationären Indexaufenthalt leicht ansteigt (um 0,7 Prozentpunkte, nicht signifikant), sind bei der Einjahres-Wiedereinweisungsrate und der Komplikationsrate statistisch signifikante Rückgänge zu beobachten (−8,4 Prozentpunkte, $p < 0{,}01$ bzw. −5,1 Prozentpunkte, $p < 0{,}05$). Für den klinischen Zustand bei Entlassung kann keine signifikante Verbesserung oder Verschlechterung gemessen werden.

Cutler [17] analysiert Medicare-Routinedaten und zusätzlich Sozialversicherungsdaten von 30 000 PatientInnen (> 40 000 Fälle), die zum Zeitpunkt der Beobachtung zwischen 1981 bis 1988 mindestens 65 Jahre alt waren und in verschiedenen US-Bundesstaaten stationär behandelt worden sind. Der Autor nutzt dabei die (gegenüber anderen Bundesstaaten in Neuengland um zwei Jahre verzögerte) Einführung eines prospektiven Vergütungssystems in Massachusetts als natürliches Experiment, um Auswirkungen der Vergütungsänderung u. a. auf die Mortalität zu untersuchen. Die Studie zeigt, dass der Wegfall des marginalen Vergütungsanreizes (d. h., nicht jeder zusätzliche Tag im Krankenhaus wird auch zusätzlich vergütet) einen Rückgang der Mortalität im Krankenhaus um 2,5 Prozentpunkte zur Folge hat. Da in Bezug auf die Gesamtmortalität langfristig (365 Tage nach der Krankenhausentlassung) kein signifikanter Unterschied zwischen der Prä- und Post-Interventionsphase nachweisbar ist, geht der Studienautor von einer Verschiebung des Sterbeorts, aber nicht des Sterbezeitpunkts aus. Die Wiederaufnahmerate innerhalb von 180 Tagen nach der

Entlassung aus dem Krankenhaus steigt im Interventionszeitraum leicht an (1,3 Prozent, $p < 0{,}1$).

Louis et al. [41] untersuchen die Einführung eines DRG-basierten Fallpauschalensystems in Italien im Jahr 1995. Mithilfe von Daten aus 32 Krankenhäusern der Region Fruili-Venezia Guilia messen die AutorInnen Unterschiede in der Krankheitsschwere und Mortalität von stationär behandelten somatischen PatientInnen vor und nach der Intervention. Dabei beobachten sie für zehn von elf Krankheitszuständen eine statistisch signifikante (*t*-test, $p < 0{,}01$) Zunahme der Krankheitsschwere im Jahr 1996, also nach Einführung der neuen Vergütung. Die Sterblichkeit in einem Zeitraum von 30 Tagen nach Entlassung aus dem stationären Aufenthalt war lediglich bei PatientInnen mit zerebrovaskulärer Erkrankung statistisch signifikant ($p = 0{,}48$) höher als im Vorzeitraum der Beobachtung.

Sood et al. [61] analysieren ebenfalls Medicare-Routinedaten für den Zeitraum von Januar 2001 bis Juni 2003. Sie beobachteten 403 529 PatientInnen, die im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt in einer speziellen Rehabilitationseinrichtung (mind. drei Std. therapeutischer Betreuung/Tag) behandelt wurden, für eine Dauer von 60 Tagen. Die untersuchten Rehabilitationseinrichtungen wurden dabei im Laufe des Jahres 2002 von einer kostenbasierten auf eine prospektive, pauschalierende Vergütung umgestellt. Veränderungen in patientInnenrelevanten Ergebnisparametern messen die AutorInnen über die Mortalitätsrate und den Anteil der PatientInnen, die nach 60 Tagen nach Hause entlassen werden. Für beide Indikatoren kann die Studie keine statistisch signifikanten Veränderungen (in der regressionsbasierten Analyse) feststellen.

Gegenstand einer Studie von Schuetz et al. [57] ist die Einführung eines DRG-basierten prospektiven Vergütungssystems in der Schweiz. Die Studie misst u. a. klinische Parameter (rezidivierende Atemwegsinfektion innerhalb von 30 Tagen, laufende Beschwerden an Tag 30), Lebensqualität (EQ-5D) und die Mortalität von 925 PneumoniepatientInnen mittels Post-hoc-Analyse einer randomisierten Studie, die zwischen Oktober 2006 und März 2008 durchgeführt wurde. Als Vergleichsgruppe werden PatientInnen herangezogen, die in einzelleistungsvergüteten Krankenhäusern behandelt wurden. Die Studie findet keine statistisch signifikanten Unterschiede in den o. g. Zielparametern. Dies ändert sich ebenfalls nicht bei der Analyse von Subgruppen (Mortalität nach 30 Tagen und 18 Monaten; ambulanter Arztbesuch wg. Verdacht auf Atemwegsinfektion und diagnostisch gesicherte Atemwegsinfektion; etc.).

Qian et al. [48] legen ihren Analysen Daten von 4 242 Medicare-PatientInnen im Alter von $\geq$ 65 Jahren aus dem National Health and Nutrition Examination Survey (USA) über einen Zeitraum von 1977 bis 1992 zugrunde. Die Studie schätzt mithilfe einer Survivalanalyse (pre-post Cox Regression unter Berücksichtigung von „competing risks“) u. a. die Auswirkungen eines prospektiven Vergütungssystems auf das Mortalitätsrisiko während bzw. nach einem akut-stationären Krankenhausaufenthalt. Während im Zeitraum nach der Vergütungsänderung zunächst ein Anstieg für die Wahrscheinlichkeit, im Krankenhaus zu versterben, beobachtet wird (Hazardrate 1,28; $p < 0{,}05$), verschwindet dieser Effekt bei

Kontrolle für einen Zeittrend. Das heißt, Variationen der Mortalität nach 30, 180 und 365 Tagen können nicht mit einem „Vergütungseffekt“ begründet werden.

In fünf von sieben Studien werden die Ergebnisparameter in Bezug auf mehrere relevante PatientInnenmerkmale adjustiert (z. B. Gesundheitszustand, historische Leistungsinanspruchnahme, sozioökonomische und -demografische Variablen). In der Studie von Louis et al. [41] erfolgt eine Risikoadjustierung nur in Bezug auf das Alter und Geschlecht der analysierten Fälle. Da die Krankheitsschwere hier außerdem mittels ICD-Kodes bestimmt wurde, ist es möglich, dass eine tatsächliche Veränderung des Indikators nicht von einer dokumentationsbedingten Veränderung getrennt werden kann. Die Studienergebnisse bei Manton et al. [42] beruhen auf einer explorativen Analysemethode („latent class analysis“[3]). Ein solches Vorgehen ist nicht mit statistischem Testen im Sinne einer konfirmatorischen Analyse gleichzusetzen.

Allen Studien ist ein grundsätzliches Risiko gemeinsam, das mit nicht-experimentellen Designs einhergeht: systematische Unterschiede zwischen Vergleichsgruppen oder -zeiträumen – und damit ein negativer Einfluss auf die Validität der Ergebnisse – lassen sich nicht ausschließen.

Keine der insgesamt sieben Studien aus der systematischen Literaturübersicht kann eine durch Vergütungsanreize bedingte Verschlechterung im Hinblick auf die Qualität der Versorgung feststellen. Kurzfristige Unterschiede oder sektorale Verschiebungen in der Mortalität sind über einen längeren Zeitraum nicht zu bestätigen. Dem muss allerdings entgegengesetzt werden, dass eine Untersuchung, ob der Vergütungsanreiz ggf. zur Aufnahme „anderer“ PatientInnen führt oder ob dieselben PatientInnen unter der neuen Vergütungssystematik „anders“ behandelt werden, in keiner der Studien explizit stattfindet. Da einer prospektiven Vergütung meist ein dokumentationsintensives Klassifikationsschema (z. B. DRG) zur Bestimmung kostenhomogener Fälle vorgeschaltet wird, ist ein Vergleich über die Zeit außerdem methodisch herausfordernd. Dies gilt vor allem dann, wenn - wie im vorliegenden Fall - eine Intervention nur retrospektiv bzw. quasi-experimentell untersucht werden kann.

Vor diesem Hintergrund ist der derzeitige Stand der Erkenntnisse über die Auswirkungen pauschalierender Leistungsvergütung auf die Versorgungsqualität als eher unbefriedigend zu beschreiben. Alle begutachteten Studien wurden im Kontext einer stationären PatientInnenversorgung durchgeführt. Die Studie von Wells et al. [65] war gleichzeitig auf eine psychiatrische Indikation (Depression) fokussiert. Dennoch ist die Studie auf Medicare-PatientInnen (65 Jahre und älter) beschränkt und die Ergebnisse sind rund 20 Jahre alt. In Anbetracht der stetigen Weiterentwicklung der (technischen) Medizin und der Leistungsfähigkeit der Versorgungssysteme ist eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Deutschland fraglich.

[3] Bei einer „latent class analysis“ (LCA) werden Beobachtungseinheiten auf Basis messbarer Eigenschaften zu latenten Klassen (z. B. Klassen von Gesundheitszuständen) zusammengefasst. Die Zielfunktion beruht auf der Bildung von Gruppen, die innerhalb möglichst homogen und zwischen einander möglichst heterogen sind. Eine ex-ante Hypothese über einen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang ist hierbei nicht erforderlich, daher ist eine kausale Interpretation von LCA-Modellen nur eingeschränkt möglich.

3. Daten und Methodik

Die begleitende Forschung zu den Auswirkungen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems wird – entsprechend dem Forschungsauftrag – in drei zeitliche Abschnitte unterteilt, die über die Zeit miteinander verknüpft werden:

1. Datenjahre 2011 bis 2012 („Nullpunktmessung“)
2. Datenjahre 2013 bis 2015 („erster Forschungszyklus“)
3. Datenjahre 2016 bis 2018 („zweiter Forschungszyklus“)

Dem Forschungsauftrag liegt dabei ein methodisches Vorgehen zugrunde, intertemporale Veränderungen zu untersuchen. Gegenstände dieser Untersuchungen sind die von der Selbstverwaltung (Deutschen Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband und Verband der Privaten Krankenkassen) im Forschungsauftrag definierten Indikatoren. Diese Indikatoren werden auf Basis von Primär- und Sekundärdaten aus den Jahren 2011 bis 2018 operationalisiert.

Der vorliegende Endbericht zum ersten Forschungszyklus umfasst dementsprechend die Datenjahre 2011 bis 2015. Im Kontext der Begleitforschung verfolgt er den primären Zweck, intertemporale Veränderungen verschiedener Indikatoren vor und nach der optionalen Einführung des PEPP-Entgeltsystems ab dem Jahr 2013 zu untersuchen und diese dann auf Basis von deskriptiven und inferenzstatistischen Analysen zu diskutieren.

3.1. Daten

Im vorliegenden Endbericht zum ersten Forschungszyklus werden Primär- und Sekundärdaten aus den Jahren 2011 bis 2015 berücksichtigt. Entsprechende Daten aus den darauffolgenden Jahren 2016 bis 2018 werden für den dritten und finalen Endbericht separat erhoben und analysiert.

Der Übersicht und Vollständigkeit halber werden im Folgenden alle Datenquellen beschrieben, die für die PEPP-Begleitforschung verwendet werden, auch wenn diese teilweise nur für die vorangegangene Nullpunktmessung bzw. für den zukünftigen zweiten Forschungszyklus relevant sind. Eine Auflistung aller Datenquellen und ihre Zuordnung zu den Forschungszyklen ist in Tabelle 3.1 zu finden.

Tabelle 3.1.: Datenquellen und Auswertungen in den drei Forschungszyklen

	Datenquelle	Berichtszeitraum 2011-2012	2013-2015	2016-2018
Primärdaten (Befragung)	Krankenhäuser	✗	✓	
	Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen	✗	✓	
	Landesbehörden (zuständig für Krankenhausplanung)	✓	✓	
	Landesgesundheitsbehörden und Landesjustizministerien	✓	✓	
	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	✗	✓	
	Sozialpsychiatrische Dienste	(✓)	✓)	✓
	Wesentliche Akteure im Psych-Bereich	✗	✗	
Sekundärdaten (Routinedaten)	§ 21 KHEntgG	✓	✓	
	§ 295 SGB V	(✓)	✓	
	§ 301 SGB V	(✓)	✓	
	Destatis - Grunddaten der Krankenhäuser	✓	✓	
	Destatis - Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	✓	✓	
	Destatis - Kostennachweis der Krankenhäuser	✓	✓	
	GKV Basisentgeltwerte	✗	✓	
	GKV-Frequenzstatistik	(✓)	✓	
	KJ1-Statistik	✓	✓	
	Meldungen nach § 64b Abs. 3 SGB V	✗	✓	
	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)	✗	✗	

✓ =Auswertung vorgesehen; ✗ =Auswertung nicht vorgesehen; () =nicht für Analyse verfügbar.

3.1.1. Primärdaten

Befragung stationärer Einrichtungen, in denen psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Leistungen erbracht werden

Konzeption Zur Beschreibung von Veränderungen im Hinblick auf die Einführung des PEPP-Entgeltsystems wurden vom Auftraggeber für den Krankenhausbereich 14 Indikatoren mit 24 Unterpunkten formuliert. Im Folgenden werden Veränderungen im Personalbereich, bei Investitionen, im EDV-technischen Bereich und bei Einzelfallprüfungen untersucht. Hierzu werden entsprechende Fragen an die Krankenhausverwaltungen gerichtet. Darüber hinaus werden das Leistungsspektrum, die klinischen Abläufe, die Einschätzung der PatientInnen-Therapeuten-Beziehung, das Entlassmanagement sowie das Versorgungs-

umfeld untersucht. Hierzu werden KrankenhausmitarbeiterInnen mit PatientInnenkontakt Fragen vorgelegt.

Die Befragung der Krankenhäuser fand erstmals zum ersten Forschungszyklus statt, der sich auf die Jahre 2013 bis 2015 – also auf den Beginn der Einführung des PEPP-Entgeltsystems – bezieht. Eine Wiederholungsmessung dieser Befragung ist für den zweiten Forschungszyklus geplant. Eine Nullpunktmessung, wie bei den anderen Befragungen, war für die Indikatoren nicht vorgesehen.

Messinstrument Der Krankenhausfragebogen wurde in Abstimmung mit zahlreichen Experten verschiedener Einrichtungen und Verbände und einer das BQS-Institut intern unterstützenden Expertin (Medizincontrollerin) entwickelt. Er besteht aus zwei Teilen, dem Teil A mit Fragen an die Verwaltung und dem Teil B mit Fragen an die MitarbeiterInnen mit PatientInnenkontakt. Der Fragebogenteil A beginnt mit Basisfragen zur Beschreibung der teilnehmenden Einrichtung (Klinik oder Fachabteilung, vertretene Fachabteilungen, Bettenzahlen, teilstationäre Behandlungsplätze, vollstationär behandelte Fälle p. a., für PEPP optiert und ggf. wann). Dem folgen Fragenblöcke zur Personalausstattung und zu deren Qualifikation, anschließend Fragen zu Entwicklungen im Verwaltungsbereich, zu Investitionen, zur realisierten Personalausstattung im Vergleich zum Personalbedarf nach Psych-PV, zur IT-Ausstattung sowie zu den MDK-Prüfungen. Zum Abschluss von Teil A werden die Erfahrungen mit dem PEPP-Entgeltsystem als Freitextangabe erfragt. Gefragt wird nach den problematischen Aspekten aus Sicht der Verwaltung sowie nach den vorteilhaften Aspekten für die eigene Einrichtung.

Teil B wird eröffnet mit Fragen zum Leistungsspektrum (neue Einzeltherapien, neue Schwerpunkte bzw. neue gruppentherapeutische Verfahren), gefolgt von Fragen zu den klinischen Abläufen, zur Einschätzung der Patient-Therapeut-Beziehung, und Fragen zum Entlassmanagement und zum Versorgungsumfeld. Auch Teil B endet mit offenen Fragen, welche sich auf die problematischen bzw. vorteilhaften Aspekte des PEPP-Entgeltsystems beziehen. Die meisten quantitativen Abfragen werden für die Jahre 2013, 2014 und 2015 getrennt erfasst. Der Fragebogen ist dem Bericht beigefügt (Anhang A).

Der Fragebogen ist modular angelegt, so dass die Teile A und B in einer Einrichtung wahlweise getrennt oder parallel bearbeitet werden können. Für den Teil B sind zwei identische Varianten erstellt worden, um innerhalb der Einrichtungen Angaben getrennt erfassen zu können, die sich jeweils auf den Bereich „Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik“ bzw. auf die „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ beziehen. Auch die beiden B-Varianten können in einer Einrichtung bei Bedarf parallel bearbeitet werden. Somit führt die Aufteilung des Krankenhausfragebogens dazu, dass zu einem A-Teil unterschiedliche B-Teil-Konstellationen vorliegen können.

Ablauf der Datenerhebung und Datenbasis Die Befragung zu den Verfahrensjahren 2013 bis 2015 wurde im zweiten Halbjahr 2017 durchgeführt. Der Versand der Akquiseunterlagen erfolgte am 30.06.2017. Hierzu wurden 554 Einrichtungen angeschrieben. Die

Grundgesamtheit wurde den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zum Verfahrensjahr 2014 entnommen. Der Erhebungszeitraum war vom 02.08.2017 bis zum 11.10.2017 angesetzt. Am 15.08.2017 wurde ein postalisches Erinnerungsschreiben zur Erhöhung der Rücklaufquote mit dem Hinweis auf das Befragungsende und der Bitte um Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen versendet. Die Kliniken wurden zudem teils telefonisch kontaktiert, um den Rücklauf zu erhöhen. In Einzelfällen wurde ein Liefertermin bis zum 14.11.2017 ermöglicht. Die Fragebogenangaben konnten online über eine hierfür eingerichtete Oberfläche im Internet oder papierbasiert übermittelt werden. Für den Onlinezugang mussten sich die Einrichtungen registrieren lassen. Von den insgesamt 554 angeschriebenen Einrichtungen lagen zum Erhebungsende 74 ausgefüllte Teil-A-Fragebögen zur Auswertung vor sowie 70 Teil-B-Fragebögen aus dem Bereich Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik und 23 Teil-B-Bögen aus den Kinder- und Jugendpsychiatrien, insgesamt also 93 B-Bögen. Bezogen auf den zur Auswertung notwendigen A-Teil entspricht das einer Rücklaufquote von 13,4 Prozent.

Tatsächlich wurden die Fragen in den verschiedenen Fragebogenteilen unterschiedlich vollständig beantwortet. Im Fragebogen Teil A, in dem Details aus der Verwaltung der Einrichtungen abgefragt wurden, wurden 54,3 Prozent der Fragen beantwortet. Im Fragebogen Teil B, der sich auf Prozesse und Strukturmerkmale der Behandlung der PatientInnen bezieht, wurden 72,9 Prozent der Fragen mit auswertbaren Angaben beantwortet.

Für die Auswertungen der Befragungsdaten wurden die Einrichtungen in zwei Gruppen geteilt: Optionshäuser, die in den Jahren 2013 bis 2015 für eine Abrechnung nach PEPP optiert haben und Nicht-Optionshäuser, die im fraglichen Zeitraum nicht optiert haben. Die Gruppenzuteilung erfolgte einmalig und auf Basis des tatsächlich beobachteten Optionsstatus. Sie war dementsprechend nicht prospektiv randomisiert. Außerdem wurde die Zuteilung unabhängig vom tatsächlichen Zeitpunkt der PEPP-Optierung des behandelnden Krankenhauses innerhalb des o. g. Zeitraums vorgenommen. Durch dieses Vorgehen wurde der Vergleich auf zwei Gruppen konzentriert und die Anzahl der Beobachtungseinheiten innerhalb einer Gruppe blieb im Zeitverlauf konstant.

Von den 74 teilnehmenden Einrichtungen haben 34 (45,9 Prozent) im betrachteten Zeitraum für PEPP optiert, davon 12 (16,2 Prozent) Einrichtungen im Jahr 2013, neun (12,2 Prozent) im Jahr 2014 und weitere 12 (16,2 Prozent) im Jahr 2015. Eine Einrichtung machte keine Jahresangabe. 39 teilnehmende Einrichtungen (52,7 Prozent) gaben an, in diesem Zeitraum nicht optiert zu haben. Eine Einrichtung machte keine Angaben zum Optionsstatus.

Die Fallzahlen sind in beiden Gruppen unterschiedlich verteilt. In den Nicht-Optionshäusern werden im Jahresmittel 1 890 vollstationäre Fälle behandelt, in den Optionshäusern im Mittel 2 950 vollstationäre Fälle, also im Durchschnitt rund 56 Prozent mehr Fälle als in den Nicht-Optionshäusern. Bei den Ergebnissen, bei denen die Fallzahl von Relevanz ist, werden die empirischen Angaben der Nicht-Optionshäuser um den entsprechenden Faktor vergrößert, so dass diese Angaben mit denen der Optionshäuser vergleichbar werden.

Solche Angaben sind in den Tabellen kenntlich gemacht. Die Angaben für beide Gruppen zusammen sind die Mittelwerte beider ausgewiesenen Gruppenwerte.

Beschreibung der Stichprobe und Repräsentativität An der Krankenhausbefragung nahmen 41 Kliniken[4] (55,4 Prozent) und 31 Fachabteilungen (41,9 Prozent) teil. Zwei der insgesamt 74 teilnehmenden Einrichtungen machten keine Angaben zu ihrem Status (2,7 Prozent). Allgemeine Psychiatrien sind mit 62 Nennungen (83,8 Prozent) am häufigsten in der Stichprobe vertreten, es folgen 46 Facheinrichtungen für Suchterkrankungen (62,2 Prozent), 45 Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapie (60,8 Prozent) und 43 Gerontopsychiatrien (58,1 Prozent)[5]. Mit einigem Abstand folgen 26 Kinder- und Jugendpsychiatrien (35,1 Prozent) und 12 sonstige Fachrichtungen (16,2 Prozent). Unter sonstige Fachrichtungen wurde u. a. in drei Fällen Kinder- und Jugendpsychosomatik und in weiteren drei Fällen Maßregelvollzug angegeben. Pro Einrichtung sind eine bis maximal sechs, im Mittel 3,2 Fachabteilungen (SD = 1,5) vorhanden.

In insgesamt 67 Einrichtungen (91,8 Prozent[6]) wird eine psychiatrische Institutsambulanz (PIA) betrieben. Zwei Einrichtungen (2,9 Prozent) nahmen in den Jahren 2013 bis 2015 an Modellprojekten teil.

Die Bettenanzahl ist über die betrachteten Jahre stabil. Im Mittel verfügen die Einrichtungen über 168 Betten, davon 46,3 Betten (27,5 Prozent) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (s. Tabelle A.1 im Anhang). Dafür fällt in den Kliniken die Bettenanzahl mit 203 Betten im Mittel insgesamt höher aus als in den Fachabteilungen mit 116 Betten, wobei in den Kliniken im Durchschnitt 3,3 Fachrichtungen vertreten waren. In den Kliniken fällt der Anteil der Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie niedriger aus als innerhalb der Fachabteilungen (26,5 Prozent vs. 32,4 Prozent).

Die Anzahlen teilstationärer Behandlungsplätze sind – bezogen auf alle Plätze und auch auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie – über die betrachteten Jahre stabil. Im Mittel werden insgesamt 48,8 teilstationäre Behandlungsplätze angegeben, davon 21,4 Plätze (43,9 Prozent) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (s. Tabelle A.2).

In den teilnehmenden Einrichtungen sind die Anzahlen vollstationär behandelter Fälle p. a. ebenfalls stabil gewesen. Insgesamt wurden im betrachteten Zeitraum im Mittel 2 359 vollstationäre Fälle behandelt, davon 411 Fälle (17,4 Prozent) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (s. Tabelle A.3 im Anhang).

Bei den teilstationär behandelten Fällen sind leichte Veränderungen über die Jahre zu erkennen. Insgesamt ist im Jahr 2015 ein leichter Anstieg von 470 bzw. 471 auf 493 teilstationäre Fälle zu beobachten (s. Tabelle A.4 im Anhang). Der Anstieg fällt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlicher aus: dort steigt der Anteil von 33,7 und 30,1 auf 42,9 Prozent im Jahr 2015 an.

[4] Eigenständiges Haus
[5] Bei der Nennung der Fachrichtung waren Mehrfachnennungen möglich.
[6] Die Prozentangabe bezieht sich auf die Gesamtheit der zu diesem Merkmal antwortenden Einrichtungen, hier n = 73)

Die Angaben zu den Berechnungstagen zeigen ebenfalls ein stabiles Bild. Insgesamt werden im Mittel 67 200 Berechnungstage genannt, für die Kinder- und Jugendpsychiatrie 19 089 Berechnungstage (28,4 Prozent, s. Tabelle A.5 im Anhang).

Von den 74 Befragungsteilnehmern liegen 72 bzw. 71 Angaben zum Status als regionaler Pflichtversorger vor. Für das Jahr 2013 stufen sich 65 Einrichtungen (90,3 Prozent, n = 72) als regionaler Pflichtversorger ein. In den Folgejahren sind dies 64 Einrichtungen (90,1 Prozent, n = 71). Der Altersdurchschnitt der PatientInnen (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie) bleibt über die betrachteten Jahre konstant bei 46,3 Jahren (n = 61, 62). 36 Einrichtungen (50,7 Prozent, n = 71) geben an, Teil einer Unternehmensgruppe mit zentralen Diensten zu sein, 35 Einrichtungen (49,3 Prozent) verneinen das. 34 der teilnehmenden Einrichtungen (46,6 Prozent, n = 73) geben an, im Zeitraum zwischen 2013 und 2015 auf das PEPP-Entgeltsystem umgestiegen zu sein. Davon sind 12 Einrichtungen (16,4 Prozent) im Jahr 2013, neun (12,3 Prozent) im Jahr 2014 und 12 Einrichtungen (16,4 Prozent) im Jahr 2015 umgestiegen. Die Vorbereitungen auf den Umstieg dauerten im Durchschnitt 2,4 Jahre (n = 26).

Die Einrichtungen, die in der Stichprobe vertreten sind, kommen aus 12 Bundesländern. Am häufigsten sind die Länder Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz mit 21 (28,4 Prozent) bzw. 11 (14,9 Prozent) Einrichtungen vertreten, die zusammen genommen 43,2 Prozent aller Einrichtungen in der Stichprobe ausmachen (s. Tabelle A.6 im Anhang). Die nach Häufigkeit sortierte Tabelle lässt die Aufteilung in Einrichtungen aus den alten und neuen Bundesländern erkennen. Werden Berlin (zur Hälfte) und das Saarland dazu genommen, dann machen die 61 Einrichtungen aus den alten Bundesländern insgesamt einen Anteil von 82,4 Prozent aus. In der Stichprobe nicht vertreten sind die Bundesländer Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein.

In 57 Einrichtungen (78,1 Prozent, n = 73) ist ein Qualitätsmanagement (QM) -System implementiert worden. Dies begann im Jahr 2000 bei vier Einrichtungen der Stichprobe mit der Einführung von QM-Systemen. Die meisten Einrichtungen zogen dann in den Jahren 2004 bis 2007 nach.

Neben dem Stichprobenumfang, der u. a. für die Reliabilität der Ergebnisse sowie für die Teststärke inferenzstatistischer Analysen von Bedeutung ist, spielt die Repräsentativität der Stichprobe eine zentrale Rolle für die Übertragbarkeit der darin gefundenen Ergebnisse auf die Grundgesamtheit. Die Repräsentativität der Stichprobe zeigt sich darin, dass für den Untersuchungsgegenstand relevante Merkmale in ihr annähernd so verteilt sind wie in der Grundgesamtheit und die Stichprobe bezogen auf die Merkmale ein verkleinertes Abbild der Wirklichkeit darstellt. Dazu werden im Einzelnen Verteilungen und Mittelwerte von Merkmalen der Stichprobe mit Verteilungen und Mittelwerten aus der Grundgesamtheit verglichen und mit geeigneten inferenzstatistischen Methoden auf Verschiedenheit getestet. Als zu betrachtende und zu prüfende Parameter kommen grundsätzlich in Betracht: Anteile einzelner Fachrichtungen, Bettenzahlen, vollstationäre Fälle, Berechnungstage, PEPP-Umstieg und die Verteilung über die Bundesländer.

Aufgrund unvollständiger Zellenbesetzungen in den empirisch beobachteten Daten und dem Fehlen von Angaben der Grundgesamtheit auf Abteilungsebene (z. B. Bettenanzahlen) wurden für die Parameter „PEPP-Umstieg“ und „vollstationär behandelte Fälle“ Anpassungstests (Chi-Quadrat-Anpassungstest) durchgeführt. Die Daten der Grundgesamtheit für den PEPP-Umstieg hat der GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt, bei denen alle Umstiege zwischen 2013 und 2015 monatsgenau in einer Tabelle aufgeführt waren. Für den Anpassungstest wurden die Häufigkeiten der optierten Einrichtungen halbjährlich zusammengefasst. Das Testergebnis besagt, dass sich die Verteilungen der Grundgesamtheit und die der Stichprobe signifikant unterscheiden. Damit ist die Stichprobe hinsichtlich des Umstiegs auf das neue Vergütungssystem nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit. Es zeigt sich, dass die Einrichtungen in der Stichprobe den Umstieg häufig früher vorgenommen haben als die Einrichtungen in der Grundgesamtheit. Dass die Optionsverteilung in der Stichprobe von der in der Grundgesamtheit abweicht, schmälert die Aussagekraft der Befragungsergebnisse. Dieser Umstand kann jedoch insofern auch positiv betrachtet werden, als dass damit innerhalb der Gruppe der Optionshäuser insgesamt mehr Zeit zur Verfügung stand, mit dem PEPP-Entgeltsystem Erfahrungen zu sammeln.

Die Angaben der vollstationären Fallzahlen der Grundgesamtheit wurden den Qualitätsberichten der Krankenhäuser für das Verfahrensjahr 2014 entnommen. Aus diesen Berichten wurde bereits zu Beginn der Studie die Grundgesamtheit für die Krankenhausbefragung gewonnen. Für den Test wurden die vollstationären Fallzahlen in sechs Häufigkeitsklassen eingeteilt. Das Testergebnis besagt, dass sich beide Verteilungen mit einem Alpha-Fehler von 11,2 Prozent unterscheiden. Obwohl sich die Verteilungen ähnlich sind, kann man nicht von einer Gleichverteilung sprechen. Es zeigt sich, dass in der Stichprobe insbesondere die Einrichtungen mit den hohen Fallzahlen ($n \geqslant 5\,000$) im Vergleich zur Grundgesamtheit deutlich überrepräsentiert sind.

Dass Einrichtungen mit hohen Fallzahlen bei den vollstationär behandelten Fällen ($n \geqslant 5\,000$) in der Stichprobe deutlich überrepräsentiert sind, wird bei der Interpretation berücksichtigt. Da sich die Verteilungen ansonsten wenig unterscheiden, lässt sich die Stichprobe hinsichtlich der Fallzahlverteilung als annähernd repräsentativ einstufen.

Befragung der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen

Konzeption Die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV) sind maßgeblich von der Einführung eines neuen Vergütungssystems betroffen, da die Umstellung weitreichende Implikationen für alle Bereiche der internen Organisation haben kann.

Gegenstand der Untersuchung ist die Frage, ob bzw. in wie weit das PEPP-Entgeltsystem innerhalb der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen zu Veränderungen im EDV-technischen Bereich, im Personalbereich, den internen Ausgaben für den Bereich der Abrechnungsabwicklung, der Organisation der Fallprüfungen sowie bei der Teilnahme an der integrierten Versorgung geführt hat.

Die Befragung der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen findet erstmals zum ersten Forschungszyklus statt, der sich auf die Jahre 2013 bis 2015 – also auf den Beginn der Einführung des PEPP-Entgeltsystems – bezieht. Eine Wiederholungsmessung dieser Befragung ist für die Verfahrensjahre 2016 bis 2018 (zweiter Forschungszyklus) vorgesehen. Eine Nullpunktmessung war für die Indikatoren nicht vorgesehen.

Messinstrument Der Fragebogen wurde in Abstimmung mit zahlreichen Experten verschiedener Krankenkassen und Dachorganisationen sowie einer das BQS-Institut intern unterstützenden Expertin (Medizincontrollerin) entwickelt. Der Fragebogen ist wie folgt aufgebaut: Zu Beginn erfolgt eine Abfrage von Basisdaten der teilnehmenden Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen: Versicherungszweig (GKV oder PKV), Kassenart, räumlicher Bezug (bundesweit oder landesweit/regional), Anzahl Versicherte im Jahr 2016 (kategorisiert) sowie Details zu den Anzahlen der mit TGPS bzw. nach PEPP abgerechneten Fällen. Dem schließen sich Fragen zu Veränderungen im IT-Bereich an, die sich im Einzelnen auf die Datenübermittlung, die Rechnungsprüfung, die getätigten Investitionen und die IT-Strukturen beziehen.

Anschließend folgt ein Fragenblock zur Personalausstattung. Eingangs wird die Gesamtzahl von Mitarbeitern erfragt, die mit der Abrechnung von Fällen beschäftigt waren, die in Psych-KH oder psychiatrischen Abteilungen vollstationär behandelt wurden. Diese Angaben sollten nach acht Qualifikationsgruppen differenziert angegeben werden. Die Angaben wurden in Vollzeitäquivalenten im Jahresdurchschnitt erfragt.

Im nachfolgenden Block werden Fragen nach den internen Ausgaben gestellt. Dabei werden der Umfang an Weiterbildung des Personals, der Aufwand für externe Beratungsleistungen und ob Leistungen zu externen Dienstleistern ausgelagert wurden, erfragt. Die Fragen zur Organisation der Fallprüfungen beinhalten z. B. Fragen zu erfolgten Anpassungen bei den Abläufen der Rechnungsprüfung. Danach werden die Anzahl von Fallsteuerungen und auffälligen Fällen sowie eine Abschätzung abgefragt, in welchem Umfang sich der Aufwand je Rechnungsprüfung verändert hat. Zuletzt folgen Fragen zur integrierten Versorgung. Hier wurden 12 Leistungsinhalte, von Demenz und anderen organischen Störungen (F00–F09) bis hin zu Persönlichkeitsstörungen (F60–F69) differenziert erhoben.

Alle quantitativen Abfragen werden für die Jahre 2013, 2014 und 2015 getrennt erfasst, um die jährlichen Veränderungen darstellen und vergleichen zu können. Der Fragebogen ist dem Bericht beigefügt (Anhang A).

Ablauf der Datenerhebung und Datenbasis Die Befragung zu den Verfahrensjahren 2013 bis 2015 wurde im Herbst 2017 durchgeführt. Der Versand der Akquiseunterlagen erfolgte am 01.08.2017. Es wurden 113 gesetzliche Krankenkassen und 43 Krankenversicherungsunternehmen angeschrieben. Der Erhebungszeitraum war vom 04.09.2017 bis zum 31.10.2017 angesetzt. Am 19.10.2017 wurde eine Erinnerungs-E-Mail mit dem Hinweis auf das Befragungsende und der Bitte um Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen versendet. In Einzelfällen wurde ein Liefertermin bis zum 14.11.2017 ermöglicht. Die Frage-

bogenangaben konnten online über eine hierfür eingerichtete Oberfläche im Internet oder papierbasiert übermittelt werden. Von den in Summe 156 kontaktierten Einrichtungen lagen zum Erhebungsende 26 ausgefüllte Fragebögen zur Auswertung vor, 23 von gesetzlichen Krankenkassen und drei von privaten Krankenversicherungen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 20,4 Prozent der gesetzlichen Krankenkassen und von 7,0 Prozent der privaten Krankenversicherungsunternehmen (insgesamt 16,7 Prozent). Tatsächlich wurden die Fragen unterschiedlich vollständig beantwortet. Insgesamt liegen für 48,5 Prozent aller Fragen valide Antworten vor. Die Verteilung der Antworthäufigkeit fällt bei dieser Befragung sehr unterschiedlich aus. Rund die Hälfte der Fragen wird sehr häufig beantwortet, die andere Hälfte dagegen eher selten. In die zweite Kategorie fallen insbesondere die Detailfragen zur Personalausstattung und zu den internen Ausgaben sowie alle Fragen zur integrierten Versorgung. Die vorliegenden Auswertungen konzentrieren sich somit auf die häufig beantworteten Fragen.

Beschreibung der Stichprobe und Repräsentativität Die zur Auswertung vorliegenden Daten stammen von 23 gesetzlichen Krankenkassen (88,5 Prozent) und drei privaten Krankenversicherungen (11,5 Prozent), wobei die Betriebskrankenkassen mit 10 Einrichtungen (38,5 Prozent), die AOK mit 7 (26,9 Prozent), die Innungskrankenkassen mit 3 (11,5 Prozent), die Ersatzkassen mit 2 (7,7 Prozent) und die Knappschaft (3,8 Prozent) vertreten sind. 14 Kassen (53,8 Prozent) sind bundesweit tätig, 12 (46,2 Prozent) haben einen landes- bzw. regionalen Bezug. Über die Hälfte der Kassen, 14 bzw. 53,8 Prozent, verfügen im Jahr 2016 über 500 000 oder mehr Versicherte, bei vier Kassen (15,4 Prozent) liegt die Versichertenanzahl zwischen 200 000 und unter 500 000 Versicherte, bei sechs Kassen (23,1 Prozent) liegt die Versichertenanzahl zwischen 50 000 und unter 200 000 Versicherte und zwei Kassen haben weniger als 50 000 Versicherte. Eine Kasse gibt an, im Jahr 2014 mit einer anderen Kasse fusioniert zu haben.

Bezogen auf das Abrechnungsgeschehen der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen machen die teilnehmenden Kassen folgende Angaben: 24 Kassen (92,3 Prozent) haben in den Jahren 2012 (13 Kassen bzw. 50,0 Prozent) und 2013 (11 Kassen bzw. 42,3 Prozent) begonnen, sich auf das PEPP-Entgeltsystem vorzubereiten, eine Kasse bereits davor im Jahr 2011 (3,8 Prozent) und eine danach im Jahr 2016 (3,8 Prozent).

Die befragten Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen gaben an, dass der Anteil der Krankenhäuser, die jeweils bis zum Jahresende nach PEPP abgerechnet haben, im Mittel von 4,4 Prozent im Jahr 2013 über 19,2 Prozent im Jahr 2014 auf 37,3 Prozent im Jahr 2015 ansteigt ($n = 23$). Bei der Gesamtanzahl abgerechneter vollstationär behandelter Fälle zeigt sich, dass die Anzahl über die betrachteten Jahre im Mittel nahezu konstant bleibt – mit 21 244 Fällen im Jahr 2013, 21 587 Fällen in 2014 und 21 618 Fällen im Jahr 2015 (s. Abbildung 3.1). Die mittlere Anzahl der nach PEPP abgerechneten Fälle steigt dagegen kontinuierlich an, von 330 Fällen im Jahr 2013, über 3 360 Fälle in 2014 auf 7 168 Fälle im Jahr 2015. Bezogen auf die berichteten Fallzahlen bedeutet das eine Entwicklung des nach PEPP abgerechneten Fallaufkommens ausgehend von 1,6 Prozent

aller abgerechneten vollstationär behandelten Fälle im Jahr 2013, auf 16,3 Prozent im Jahr 2014 und 34,7 Prozent im Jahr 2015.

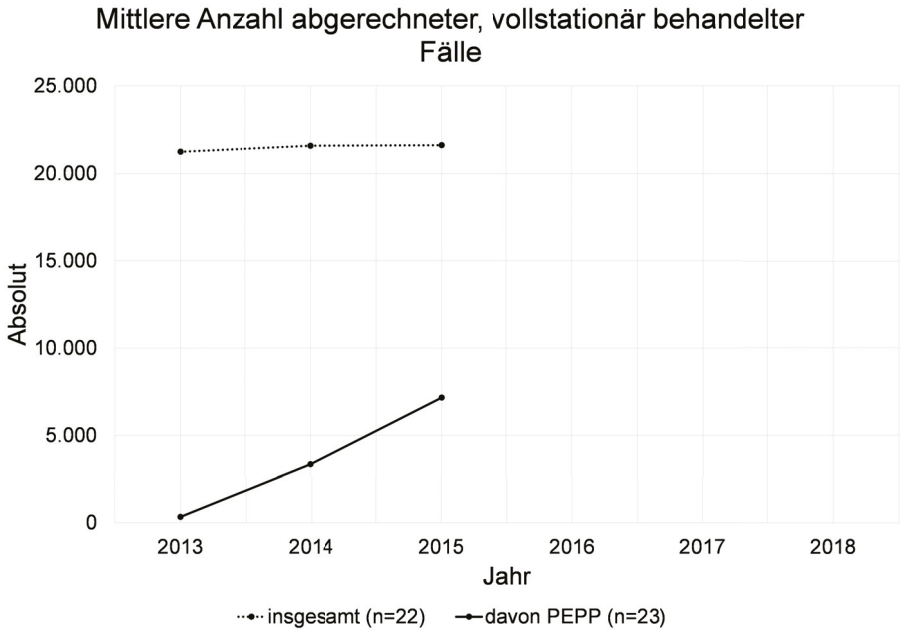


Abbildung 3.1.: Mittlere Anzahl abgerechneter vollstationär behandelter Fälle

Die Stichprobe unterscheidet sich hinsichtlich der Verteilungen (Chi²-Test) der Versichertenanzahlen (kategorial, s. Fragebogen; $p < 0{,}001$) und der Kassenart (AOK, IKK, BKK, Ersatzkasse, Knappschaft, LKK; $p = 0{,}001$) signifikant von der Grundgesamtheit. Die Verteilungen der Versicherungszweige (GKV vs. PKV; $p = 0{,}07$) und des Raumbezugs (bundesweit vs. landesweit/regional; $p = 0{,}36$) unterscheiden sich nicht signifikant von der Grundgesamtheit.

Befragung der Medizinischen Dienste der Krankenkassen

Konzeption Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüft für die gesetzlichen Krankenversicherungen und die sozialen Pflegeversicherungen die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der bei der medizinischen Versorgung erbrachten Leistungen. Die Medizinischen Dienste sind in den Bundesländern als eigenständige Arbeitsgemeinschaften organisiert. Insgesamt gibt es 15 Einrichtungen, wobei Berlin-Brandenburg sowie Hamburg und Schleswig-Holstein eine Einheit bilden und Nordrhein-Westfalen in Nordrhein und Westfalen-Lippe aufgeteilt ist. Die rechtlichen Grundlagen ihrer Tätigkeiten sind in § 275 ff. SGB V und § 17c KHG festgelegt. Seit dem 01.01.2015 gilt zusätzlich eine bundesweit einheitliche Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV).

Die Arbeit der einzelnen MDK ist eng mit dem jeweils gültigen Vergütungssystem verbunden, da damit die Grundlage für die Dokumentation der behandelten Fälle bestimmt

wird. Beim Vergütungssystem der TGPS umfasste dies lediglich wenige Patientenangaben, u. a. Aufnahme-, Neben- und Entlassungsdiagnose, OPS-Kodes sowie die Verweildauer. Im PEPP-Entgeltsystem wird der behandelte Fall sehr viel umfänglicher beschrieben, was zusätzliche Überprüfungsmöglichkeiten eröffnet. Welche Auswirkungen mit der seit 2013 sukzessiven Einführung des Vergütungssystems in der Versorgung psychiatrischer Fälle für die Arbeit der MDKen verbunden sind, soll mit der MDK-Befragung untersucht werden.

Die Befragung des MDK findet erstmals zum ersten Forschungszyklus statt, der sich auf die Jahre 2013 bis 2015 – also auf den Beginn der Einführung des PEPP-Entgeltsystems bezieht. Eine Wiederholungsmessung dieser Befragung ist für die Verfahrensjahre 2016 bis 2018 (zweiter Forschungszyklus) vorgesehen.

Messinstrument Der MDK-Fragebogen wurde in Abstimmung mit einem Experten des MDK Baden-Württemberg sowie einer das BQS-Institut intern unterstützenden Expertin (Medizincontrollerin) entwickelt. Der MDK-Fragebogen ist wie folgt aufgebaut: Zunächst werden Fragen zur Fallprüfung gestellt, die acht Fragengruppen mit jeweils vier Fragen zur TGPS-Vergütung und vier entsprechende Fragen zum PEPP-Entgeltsystem umfassen. Für beide Vergütungssysteme wird die Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen, die Anzahl Begutachtungen, die Anzahl Widerspruchsaufträge sowie die Anzahl Widerspruchsaufträge mit Änderung der Erstbewertung erfragt. Anschließend folgen Fragen zur Personalausstattung mit drei Fragengruppen. Damit wird der Personaleinsatz insgesamt sowie differenziert nach Abrechnungen mit TGPS bzw. mit PEPP erfragt. Innerhalb der Fragengruppen werden die Dienstarten, ärztlicher Dienst, Dokumentarkräfte und Verwaltung differenziert erfasst sowie die Gesamtwerte erhoben. Dann folgen zwei Abschlussfragen zu positiven und negativen Aspekten des PEPP-Entgeltsystems aus Sicht der Befragten. Die Fragen zu den Fallprüfungen sind Häufigkeitsabfragen, die Fragen zur Personalausstattung verlangen Angaben in Vollzeitäquivalenten im Jahresdurchschnitt. Alle quantitativen Abfragen werden für die Jahre 2013, 2014 und 2015 getrennt erfasst. Bei den beiden Abschlussfragen werden Freitextangaben ermöglicht. Der Fragebogen ist dem Bericht beigefügt (Anhang A).

Ablauf der Datenerhebung und Datenbasis Die Befragung zu den Verfahrensjahren 2013 bis 2015 wurde im Herbst 2017 durchgeführt. Der Versand der Akquiseunterlagen startete am 01.08.2017. Es wurden alle 15 MDK angeschrieben. Der Erhebungszeitraum war vom 07.11.2017 bis zum 30.11.2017 angesetzt. Am 24.11.2017 wurde eine Erinnerungs-E-Mail mit dem Hinweis auf das Befragungsende und die Bitte um Zurücksendung der ausgefüllten Fragebögen versendet. In Einzelfällen wurde ein Liefertermin bis zum 10.01.2018 ermöglicht. Während der gesamten Zeit erfolgten regelmäßige telefonische Nachfassaktionen. Die Fragebogenangaben konnten online über eine hierfür eingerichtete Oberfläche im Internet oder papierbasiert übermittelt werden.

Beschreibung der Stichprobe und Repräsentativität Von den 15 kontaktierten Einrichtungen lagen zum Erhebungsende 14 ausgefüllte Fragebögen zur Auswertung vor (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin-Brandenburg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern,

Niedersachsen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Westfalen-Lippe). Vom MDK Nord (Kooperation des MDK Schleswig-Holstein und des MDK Hamburg) lagen zum Ende der Frist keine Daten vor. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 93,3 Prozent, sodass die zur Auswertung vorliegenden Angaben das Prüfungsgeschehen der MDK insgesamt gut abbildet. Ein Kernaspekt ist hierbei die Vollständigkeit der Angaben. Tatsächlich wurden die Fragen unterschiedlich vollständig beantwortet. Im Durchschnitt liegen für 19 Prozent der Fragen valide Antworten vor. Die Globalfragen werden überwiegend häufig beantwortet, die Vielzahl der Detailfragen dagegen eher selten. So werden 83 Prozent aller auswertbaren Angaben in den 10 Prozent der am häufigsten beantworteten Fragen gemacht, und auf diese konzentrieren sich auch die Auswertungen. Insgesamt können trotz des vergleichsweise niedrigen Beantwortungsgrades der Detailfragen alle Forschungsfragen untersucht werden.

3.1.2. Sekundärdaten

Für die Begleitforschung zu den Auswirkungen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems wurden einerseits Sekundärdaten vom Auftraggeber bereitgestellt (Daten gemäß § 21 KHEntgG, Routinedaten gemäß § 295 und § 301 SGB V) und andererseits selbst zugänglich gemachte Daten (Daten des statistischen Bundesamtes, Daten der KJ1-Statistik u. v. m.) verwendet.

Daten nach § 21 KHEntgG

Im Rahmen der Einführung des G-DRG-Entgeltsystems wurde die Übermittlungsverpflichtung der Krankenhäuser für DRG-Daten einschließlich aller Leistungen, die nach Fallpauschalen abgerechnet werden, festgeschrieben. Gemäß § 21 KHEntgG (KHEntgG) wird dabei ein ausgewähltes und gesetzlich genau definiertes Merkmalsspektrum von Struktur- und Leistungsdaten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt. Im Rahmen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems wurde das Merkmalsspektrum weiterentwickelt, sodass die Übermittlungsverpflichtung der Krankenhäuser letztlich alle Leistungen, die nach PEPP-Entgeltkatalog abgerechnet werden, betrifft.

Neben soziodemografischen Merkmalen der PatientInnen (z. B. Alter, Geschlecht, Wohnregion) werden insbesondere Diagnosen, Operationen und Prozeduren sowie die abgerechneten DRG- und PEPP-Entgelte fallbezogen erhoben. Darüber hinaus werden u. a. die Verweildauer und die beteiligten Fachabteilungen erhoben.

Für den vorliegenden Bericht stehen entsprechend dem Forschungsauftrag sowohl vom Auftraggeber bereitgestellte Daten für die vorgegebenen Indikatoren in aggregierter Form als auch fallbezogene Daten aus den jährlichen Datenlieferungen nach § 21 KHEntgG zur Verfügung.

Die in diesem Endbericht dargestellten Indikatoren, die sich auf *aggregierte* Daten nach § 21 KHEntgG beziehen, basieren größtenteils (soweit nichts Anderes erwähnt wird) auf einer Grundgesamtheit aus teil- und vollstationären Fällen aus dem Psych-Entgeltbereich.

Dieser erstreckt sich definitorisch auf Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern bzw. von Fachabteilungen für die Gebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen)[7]. Eine davon abweichend definierte Population wird beispielsweise in Abbildung C.8 dargestellt. Sie zeigt die Anzahl der Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten, die im DRG-Entgeltbereich abgerechnet werden. Ausprägungen für Indikatoren, die auf dieser Grundgesamtheit beruhen, werden auf Jahresbasis zusammengefasst dargestellt.

Die Grundgesamtheit für Analysen auf Basis von *fallbezogenen* Daten nach § 21 KHEntgG basiert hingegen auf vollstationär aufgenommenen Fällen aus dem Segment „Psychiatrie und Psychosomatik“. Das Segment wird hierbei über diagnosespezifische ICD-Kodes definiert. Ein entsprechender Fall wird dem Segment zugerechnet, wenn die folgende Logik erfüllt ist:

- die dem Fall zugrundeliegende Hauptdiagnose stammt aus der Klasse ’F’ (Psychische und Verhaltensstörungen) oder
- die dem Fall zugrundeliegende Hauptdiagnose stammt aus der Klasse ’G’ (Krankheiten des Nervensystems) und mindestens eine Nebendiagnose stammt aus der Klasse ’F’.

Eine solches Vorgehen bietet im Hinblick auf die Anwendung inferenzstatistischer Methoden und den daraus ableitbaren Interpretationen einige Vorteile gegenüber der Bildung einer Population auf Basis des tatsächlich abgerechneten Entgeltbereichs. Durch eine Entkopplung der Definition der Studienpopulation vom Untersuchungsgegenstand (PEPP-Entgeltsystem) wird die Messung von Effekten, die rein durch die technische Umstellung der Vergütung (von TGPS zu PEPP) in den Krankenhäusern bedingt sind, vermieden. Auf diese Weise kann z. B. untersucht werden, wie sich die Fallzahlen (s. Kapiel 6) in der von der Einführung des PEPP-Entgeltsystems potentiell betroffenen Population über die Zeit entwickeln. Da für einige Fälle eine Aufnahme im Psych- oder im DRG-Entgeltbereich gleichermaßen möglich ist[8], würde eine Stichprobe, die über das Merkmal „Abrechnung eines Psych-Entgelts“ definiert ist, etwaige Verlagerungen zwischen den Entgeltbereichen nicht erfassen können. Ausprägungen für Indikatoren, die auf Basis fallbezogener Daten nach § 21 KHEntgG analysiert werden, sind auf Monatsbasis dargestellt, um eine bessere Präzision der Regressionsschätzung (vgl. Kapitel 3.3.4) zu ermöglichen.

Zur Wahrung des Datenschutzes sowie von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen werden Ergebnisse von personen- und unternehmensbezogenen Daten, die auf einer Basis von weniger als drei Beobachtungen beruhen, nicht in diesem Bericht veröffentlicht (z. B. Werte in Abbildungen oder Tabellen). Der Einfachheit halber wird im weiteren Verlauf – insbe-

[7] Vgl. § 17d KHG bzw. §§ 1 und 7 BPflV.

[8] Ein Besipiel für eine solche Indikation wäre der akute Rausch (ICD-Kode F10.0). PatientInnen können sowohl im Rahmen der PEPP „PA02D“ in einer Fachabteilung aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik behandelt werden, als auch im Rahmen der DRG „V60B“ in einer Fachabteilung aus dem Bereich der Somatik.

sondere in Grafiken und Tabellen – mit Hilfe der Zusätze „Selektion nach Entgeltbereich“ bzw. „Selektion nach Diagnosen“ auf die jeweilige Auswertungsgrundgesamtheit Bezug genommen. Somit wird für die LeserInnen deutlich erkennbar, dass Analysen auf unterschiedlichen § 21 KHEntgG-Datensätzen basieren.

Daten des Statistischen Bundesamtes

Ebenfalls werden im Rahmen der vorliegenden Begleitforschung Daten des Statistischen Bundesamtes (Destatis), insbesondere aus der Fachserie 12, „Grunddaten der Krankenhäuser“ (Reihe 6.1.1), „Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ (Reihe 6.1.2) und „Kostennachweis der Krankenhäuser“ (Reihe 6.3), verwendet.

Die Grunddaten der Krankenhäuser bzw. die Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen enthalten für alle entsprechenden Einrichtungen Deutschlands Angaben über PatientInnenbewegungen, Statistiken zum ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal, zur Ausstattung mit Betten und Geräten nach Einrichtungstypen, Bettengrößenklassen und Bundesländern. Der Kostennachweis der Krankenhäuser enthält die Kosten für stationäre Krankenhausleistungen des jeweils abgelaufenen Geschäftsjahres. Es werden unter anderem Personal- und Sachkosten nach Funktionsbereichen bzw. Kostenarten sowie Kennziffern für Gesamtkosten ausgewiesen.

Die in diesem Endbericht dargestellten Indikatoren, die sich auf die Grunddaten der Krankenhäuser beziehen, basieren (soweit nichts Anderes erwähnt wird) auf teil- und vollstationären PatientInnen aus dem Psych-Entgeltbereich. In Teilen beziehen sich die Daten jedoch nur auf Fachabteilungen in Krankenhäusern mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten (Psych-Fachabteilungen in Psych-Krankenhäusern). Fälle in Psych-Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern bleiben in diesen Fällen unberücksichtigt.

Diese Daten sind für die allgemeine Öffentlichkeit zugänglich. Aus diesem Grund werden interessierte LeserInnen für nähere Informationen zu den Erhebungs- und Messmethoden auf das Statistische Bundesamt verwiesen.

Routinedaten gemäß § 295 und § 301 SGB V

Für die Begleitforschung werden außerdem Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen – vor allem gem. § 295 (Abrechnung ärztlicher Leistungen) zw. § 301 (Krankenhausleistungen) Sozialgesetzbuch V (SGB V) – verwendet.

Neben soziodemografischen Merkmalen der PatientInnen (z. B. Alter, Geschlecht, Wohnregion) werden insbesondere Diagnosen, Operationen und Prozeduren sowie die abgerechneten DRG- und PEPP-Entgelte an die Krankenkassen patientInnen- und fallbezogen übermittelt. Darüber hinaus werden u. a. noch die Verweildauer und Fachabteilungen erhoben.

Die teilnehmenden Krankenkassen bzw. deren Verbände (AOK-BV, VDEK und BKK-DV) extrahieren Auszüge aus den gesetzlichen Datenlieferungen und stellen diese für die Durchführung des Forschungsauftrags in aggregierter Form zur Verfügung.

Zur Wahrung des Datenschutzes sowie von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen werden Ergebnisse auf Basis der personen- und unternehmensbezogenen Daten, die auf einer Basis von weniger als drei Beobachtungen beruhen, nicht veröffentlicht (z. B. Werte in Abbildungen oder Tabellen).

Daten der KJ1-Statistik

Für die Begleitforschung werden außerdem Daten der endgültigen Rechnungsergebnisse der GKV verwendet. Die vorläufigen (KV45) und endgültigen Rechnungsergebnisse (KJ1) der GKV erfassen die wichtigsten Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen und separieren diese nach Kassenarten. Die Rechnungsergebnisse der GKV werden regelmäßig vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Internet veröffentlicht. Daher werden interessierte LeserInnen für nähere Informationen zu den Erhebungs- und Messmethoden auf das BMG verwiesen.

Es ist zu beachten, dass die KJ1-Statistik viele der betreffenden Indikatoren erst ab dem Jahr 2012 ausweist, z. B. die Ausgaben der GKV für voll- und teilstationäre Behandlung in psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Einrichtungen.

Daten der obersten Landesbehörden (Landesgesundheitsministerien)

Bundeseinheitlich verfügbar sind Daten zur Anzahl der Unterbringungsverfahren und -genehmigungen nach Betreuungsrecht (§ 1906 Abs. 1 und 2 BGB) und für unterbringungsähnliche Maßnahmen (§ 1906 Abs. 4 BGB), welche in einer jährlichen Sondererhebung zu Betreuungsverfahren erhoben werden [10, 13]. Weiterhin werden im Rahmen der Geschäftsübersichten der Amtsgerichte die Anzahl der Unterbringungsverfahren nach PsychKG bzw. UBG der Länder sowie die Verfahren der vorläufigen Unterbringungen nach § 1846 BGB dargestellt [11]. Die Daten in nach Ländern differenzierter Form wurden beim Bundesamt für Justiz erhoben. Die über die obersten Landesbehörden (Landesgesundheitsministerien) erhobenen Daten zu den gesetzlichen Unterbringungen sind, unter anderem aufgrund der landesspezifischen Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsgesetze mit daraus resultierenden unterschiedlichen Meldesystemen und Dokumentationsstrukturen sowie Zuständigkeitsbereichen, sehr heterogen. In Baden-Württemberg wird bspw. erst seit 2015 die Anzahl der Unterbringungen im Melderegister gemäß § 10 Abs. 3 PsychKHG erfasst. Auch Bayern kann erst seit 2017 die Anzahl der tatsächlichen Unterbringungen nach dem Bay. UnterbrG feststellen.

Ebenfalls konnten Daten zu den Anzahlen vollstationärer Betten und teilstationärer Plätze in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (Krankenhäusern oder Fachabteilungen in Krankenhäusern) fast vollständig bei den obersten Landesgesundheitsbehörden erhoben werden.

Informationen zur regionalen Pflichtversorgung in der Psychiatrie wurden über eine separate Befragung der jeweils zuständigen Landesministerien eingeholt. Auf eine schriftliche Anfrage vom 12.04.2017 mit der Bitte um Übermittlung der an der Pflichtversorgung beteiligten Krankenhäuser inklusive der jeweils zugeordneten Versorgungsregionen antworteten 12 von 16 (75 Prozent) Landesministerien schriftlich (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen). Aufgrund fehlender oder unklarer Informationen wurden 7 dieser Landesministerien zusätzlich telefonisch und/oder per E-Mail kontaktiert (Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Thüringen). Informationen zur regionalen Pflichtversorgung in den Bundesländern Brandenburg, Bremen, Hessen und dem Saarland wurden anhand von öffentlich zugänglichen Informationen und gezielten telefonischen oder als E-Mail formulierte Anfragen bei den mit der Landeskrankenhausplanung betreuten Fachabteilungen und/oder den Psychiatriereferenten des jeweiligen Ministeriums erhoben. Unabhängig vom Umfang und der Qualität der so ermittelten Informationen wurden zusätzlich frei verfügbare Datenquellen (z. B. relevante Landesgesetze, Landeskrankenhauspläne, Unterbringungspläne, etc.) analysiert.

Daten zu den Leistungen der sozialpsychiatrischen Dienste liegen den Gesundheitsministerien der Länder größtenteils nicht vor. Aufgrund dessen ist ein Vergleich der Länder nicht möglich, weshalb eine Analyse für die Datenjahre 2011 bis 2015 nicht erfolgt.

Weitere Datenhalter

Entsprechend dem Forschungsauftrag werden für einzelne Indikatoren zusätzliche Informationen eingeholt. Ein Beispiel für diese zusätzlichen Informationen sind die Meldungen gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB).

Plausibilisierung und Qualitätssicherung

Vollständigkeit Ein Beispiel hierfür ist die Überprüfung auf Vollständigkeit der bereitgestellten Datengrundlage. Sollten zum Beispiel die Auswirkungen des PEPP-Entgeltsystems auf die Anzahl und den Anteil hauptamtlicher ÄrztInnen analysiert werden und war dabei der Anteil von hauptamtlichen ÄrztInnen in den bereitgestellten Daten nicht direkt verfügbar, wurden die unvollständigen Daten manuell berechnet. Im vorliegenden Beispiel erfolgte die manuelle Berechnung unter der Annahme, dass Teilzeitkräfte unberücksichtigt bleiben.

Konsistenz Ein weiteres Beispiel für eines der Standardverfahren ist die Überprüfung der Wertebereiche bzw. der Konsistenz in der bereitgestellten Datengrundlage. Weicht die Summe der Ausprägungen aller bereitgestellten Untergruppen vom bereitgestellten Gesamtwert der Ausprägung eines Indikators ab, erfolgte die Analyse des Indikators auf

Basis des bereitgestellten Gesamtwerts. Der Grund hierfür ist, dass die Summe der Ausprägungen aller bereitgestellten Untergruppen eines Indikators häufig kleiner war als der bereitgestellte Gesamtwert, z. B. aufgrund von fehlenden Angaben bei den Merkmalen zur Untergruppe (u. a. fehlende Angabe zur Bettenzahl eines Krankenhauses).

Plausibilität Vor den beschreibenden Analysen wurden die Daten umfassend plausibilisiert. Als Leitfaden dienten verschiedene Standardverfahren [34, 29, 63]. Neben diesen wurden die Daten vor den Analysen zudem mittels spezieller Verfahren plausibilisiert. Ein Beispiel ist die Überprüfung der Kodierung bzw. der dafür verwendeten ICD- und OPS-Kodes. So sollte entsprechend dem Forschungsauftrag beispielsweise die Anzahl der vollstationären Fälle berechnet werden, die einen OPS-Kode 8-550, 8-918, 8-985, 9-700, 9-981, 9-982 dokumentiert haben. Dabei ist festzuhalten, dass der OPS-Kode 9-700 (Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen) zwar im OPS-Katalog 2014 definiert ist, jedoch nicht mehr ab dem OPS-Katalog 2015. Nachdem die berechnete Anzahl der beobachteten Fälle damit zwangsläufig fällt, wurde im vorliegenden Beispiel die Anzahl der Fälle dieser PatientInnengruppe über alle Jahre hinweg ohne die Fälle mit dem OPS-Kode 9-700 berechnet. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Beobachtungen über alle Jahre hinweg verglichen werden können.

3.2. Öffentlicher Zugang

Interessierte LeserInnen finden auf der Internetseite des InEK die in diesem Endbericht verwendeten publikationsfähigen Sekundärdaten (bfpsyqa.inek.org). Die hier verwendeten Primärdaten können aus Datenschutzgründen und wegen der Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen nicht zugänglich gemacht werden.

Drei hierarchisch auswählbare Menüs erlauben eine zielgerichtete Auswahl von Indikatoren und Darstellungsoptionen zur eigenständigen explorativen Analyse (s. Abbildung 3.2):

1. Thema: Dieses Menü listet alle im vorliegenden Endbericht klassifizierten Themen auf, denen die Indikatoren zugeordnet sind (z. B. „Regionale Pflichtversorgung und Zugang zur Versorgung“).
2. Indikator: Dieses Menü listet alle verfügbaren Indikatoren eines Themas auf (z. B. „Anzahl Krankenhäuser mit regionaler Pflichtversorgung“).
3. Untergruppe: Dieses Menü listet alle für einen Indikator zur Verfügung stehenden Untergruppen auf (z. B. Bundesland).

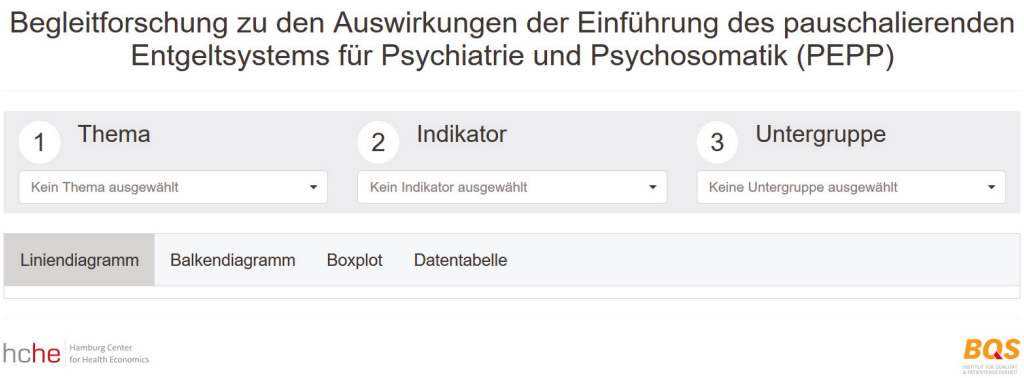


Abbildung 3.2.: Auswahl von Indikatoren und Darstellungsoptionen

Vier Darstellungsoptionen ermöglichen eine explorative Analyse:

1. Liniendiagramm: Ein Liniendiagramm (auch Kurvendiagramm) ist die grafische Darstellung des funktionellen Zusammenhangs zweier Merkmale in Linienform. Die Ausprägung des Indikators ist dabei stets auf der vertikalen Achse abgetragen, die verfügbaren Datenjahre auf der horizontalen Achse. Untergruppen werden farblich voneinander getrennt und als weitere Linien ausgewiesen.

2. Balkendiagramm: Ein Balkendiagramm (auch Säulendiagramm oder Stabdiagramm) ist ein Diagramm, welches durch auf der horizontalen Achse senkrecht stehende, nicht aneinandergrenzende Säulen die Häufigkeitsverteilung einer Variablen veranschaulicht. Die horizontale Achse weist dabei die verfügbaren Datenjahre aus, die vertikale Achse die Ausprägung des Indikators. Untergruppen werden farblich voneinander getrennt und ebenfalls auf der horizontale Achse ausgewiesen.

3. Boxplot: Ein Boxplot (auch Box-Whisker-Plot oder Kastengrafik) ist ein Diagramm, welches zur grafischen Darstellung der Verteilung eines mindestens ordinalskalierten Merkmals verschiedene robuste Streuungs- und Lagemaße in einer Darstellung zusammenfasst. Es wird dabei die Verteilung eines Indikators über die Jahre bzw. Untergruppen zusammengefasst.

4. Datentabelle: Eine Datentabelle stellt die Ausprägung eines Indikators geordnet zusammen. Die Jahre werden dabei in den Zeilen (waagerecht) dargestellt, die Darstellungsebene (z. B. Untergruppen) in den Spalten (senkrecht) gegliedert.

Eine flexible Filterfunktion ermöglicht es den interessierten LeserInnen darüber hinaus, die explorative Analyse selbstständig auf ausgewählte Merkmale eines Indikators einzuschränken (z. B. nur auf das Bundesland „Hamburg“). Zur weiteren Verwendung steht eine Exportfunktion zur Verfügung.

Die Darstellung erfolgt mittels eines sogenannten Responsive Webdesign, das auf die Eigenschaften des jeweils benutzen Endgeräts reagiert. Zum Beispiel erlaubt die Nutzung eines größeren Bildschirms eine grafische Darstellung von mehr sichtbaren Untergruppen.

3.3. Methoden

3.3.1. Rahmenbedingungen der empirischen Analysen

Die grundlegende Entscheidung für die Implementierung des PEPP-Entgeltsystems wurde 2009 auf der legislativen Ebene getroffen. Danach wurde die Selbstverwaltung beauftragt, ein entsprechendes Entgeltsystem einzuführen, jährlich weiterzuentwickeln und anzupassen. Ende 2009 wurde eine entsprechende Vereinbarung geschlossen.

Es wäre möglich, dass bereits die Ankündigung der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems im Jahr 2009, d. h. vor der optionalen Einführung im Jahr 2013, zu Veränderungen geführt hat („Announcement-Effekt“). Zur verlässlichen inferenzstatistischen Untersuchung der Auswirkungen der Ankündigung, z. B. der eigentlichen Einführung vorangehende Anstrengungen zur Anpassung der Aufnahmen oder Behandlungen, wären Daten zu den Indikatoren vor (Jahre vor 2009) und nach der Ankündigung (Jahre ab 2009) notwendig. Nachdem diese für die begleitende Forschung nicht zur Verfügung stehen, können derartige Auswirkungen im Rahmen der begleitenden Forschung nicht analysiert werden. Für den Fall, dass die Ankündigung bereits zu Veränderungen geführt hat, unterschätzen die im Rahmen der Begleitforschung möglichen inferenzstatistischen Analysen die Auswirkungen der tatsächlichen Einführung des PEPP-Entgeltsystems.

Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik können das PEPP-Entgeltsystem seit dem Jahr 2013 auf freiwilliger Basis einführen. Mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 24. Juli 2014 wurde die Frist, in der Kliniken das PEPP-Entgeltsystem freiwillig einführen können, verlängert. Ab 2018 ist die Umstellung verpflichtend, wenngleich zunächst (weitgehend) budgetneutral.

Es wäre ebenfalls möglich, dass bereits die freiwillige Einführung des PEPP-Entgeltsystems ab dem Jahr 2013 zu Veränderungen geführt hat, z. B. durch Umstellung des Kodierverhaltens der Krankenhäuser. Die für diesen Forschungsauftrag bereitgestellten Daten ermöglichen im Rahmen des ersten Forschungszyklus einen Vergleich der Indikatoren zwischen den zeitlichen Abschnitten vor (Jahre 2011 und 2012) und nach (Jahre 2013 bis 2015) der freiwilligen und budgetneutralen Einführung. Ebenfalls möglich wird zudem im zweiten Forschungszyklus ein Vergleich der Indikatoren aus den zeitlichen Abschnitten vor (Jahre 2011 und 2012) und während der freiwilligen Einführung (Jahre 2013 bis 2017) mit den Indikatoren aus dem ersten Jahr der verpflichtenden, budgetneutralen Einführung (Jahr 2018) sein.

Abbildung 3.3 fasst die zentralen Phasen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems zusammen und ordnet die entsprechend dem Forschungsauftrag bereitgestellten Daten und damit verbundenen möglichen inferenzstatistischen Analysen im Rahmen des ersten Forschungszyklus zeitlich ein.

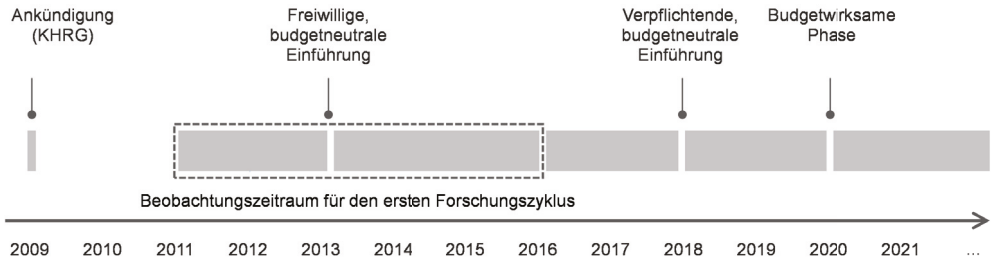


Abbildung 3.3.: Zentrale Phasen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems

3.3.2. Auswahl von Indikatoren

Um den vorliegenden Endbericht übersichtlich zu halten, erfolgt eine Auswahl von Indikatoren aus den in Tabelle 3.1 aufgezählten Datenquellen. Die Auswahl orientiert sich daran, wie und in welchem Umfang Aspekte des Gegenstandsbereichs (inhaltliche Dimensionen der Begleitforschung) durch die Indikatoren angesprochen werden [vgl. 55]. Im Ergebnis werden somit 82 Indikatoren grafisch und/oder tabellarisch dargestellt. Auf einen Bericht von statistischen Kennzahlen wurde verzichtet, wenn inhaltlich identische Indikatoren zu Redundanzen geführt und damit für die LeserInnen keinen Mehrwert dargestellt hätten. Die Beantwortung der Forschungsfragen und die Diskussionen erfolgen aber stets auf Grundlage sämtlicher verfügbarer Informationen, sodass bei der ausgewählten Darstellung keine inhaltlichen Aspekte verfälscht werden.

Da bestimmte Indikatoren im Hauptteil des Berichts nur grafisch dargestellt werden, befinden sich – zur besseren Nachvollziehbarkeit der Zahlen und Werte – entsprechende Tabellen im Anhang. Dieser ist strukturell ähnlich aufgebaut wie der Hauptteil, um die Orientierung der LeserInnen zu erleichtern. Alle publikationsfähigen Datengrundlagen, auch die nicht im vorliegenden Endbericht dargestellten, stehen den interessierten LeserInnen über den explorativen Datenzugang zur Verfügung (s. Unterkapitel 3.2).

3.3.3. Beschreibende Analyse

Für den vorliegenden Bericht werden auf Basis der Primär- und Sekundärdaten statistische Lage- und Streuungsmaße für einzelne Jahre oder Untergruppen berechnet und für ausgewählte Indikatoren beschreibend diskutiert.

Die verwendeten Lagemaße sind:

- Arithmetischer Mittelwert (gesamt, p. a.)
- Median und Quartile (gesamt, p. a.)
- Modus (gesamt, p. a.)
- Minimum und Maximum (gesamt, p. a. – sofern datenschutzrechtlich möglich).

Die verwendeten Streuungsmaße sind:

- Standardabweichung (gesamt, p. a.)
- Spannweite und Interquartilsabstand (gesamt, p. a.)
- Mittlere absolute und relative Abweichung (gesamt, p. a.).

3.3.4. Inferenzstatistische Analyse

Unter Berücksichtigung der Datenjahre 2013 bis 2015 können die intertemporalen Veränderungen der Indikatoren mit diesem Bericht zusätzlich inferenzstatistisch analysiert und interpretiert werden. Zur Untersuchung der intertemporalen Veränderungen werden zusätzlich zu den vom Auftraggeber bereitgestellten aggregierten Daten noch selbstberechnete Aggregationen auf Basis von fallbezogenen Daten hinzugenommen.

Bei der inferenzstatistischen Analyse der Effekte der freiwilligen und budgetneutralen Einführung des PEPP-Entgeltsystems ist es von Bedeutung, die kontrafaktische Entwicklung der Indikatoren präzise schätzen zu können [49]. Um eine solche Schätzung auf Basis der zur Verfügung stehenden Daten (s. Unterkapitel 3.1) durchzuführen, werden die Beobachtungseinheiten entweder der sogenannten Quasi-Experimentalgruppe oder der sogenannten Kontrollgruppe zugeordnet. Anschließend kann die Entwicklung der Indikatoren in beiden Gruppen berechnet und dann verglichen werden (Difference-in-Differences Methode, vgl. 37, 23). Abbildung 3.4 stellt die methodische Vorgehensweise schematisch dar. Die kontrafaktische Entwicklung der Indikatoren ist somit die Entwicklung der Indikatoren im Beobachtungszeitraum „entgegen dem tatsächlichen Geschehen“. In anderen Worten ausgedrückt beschreibt sie die Entwicklung der Indikatoren, die potentiell eingetreten wäre, hätte die Einführung des PEPP-Entgeltsystems nicht stattgefunden. Das „potential outcomes“ Konzept und dessen Verwendung in der Inferenzstatistik ist in der Fachliteratur ausführlich beschrieben, z. B. bei [35, 50]

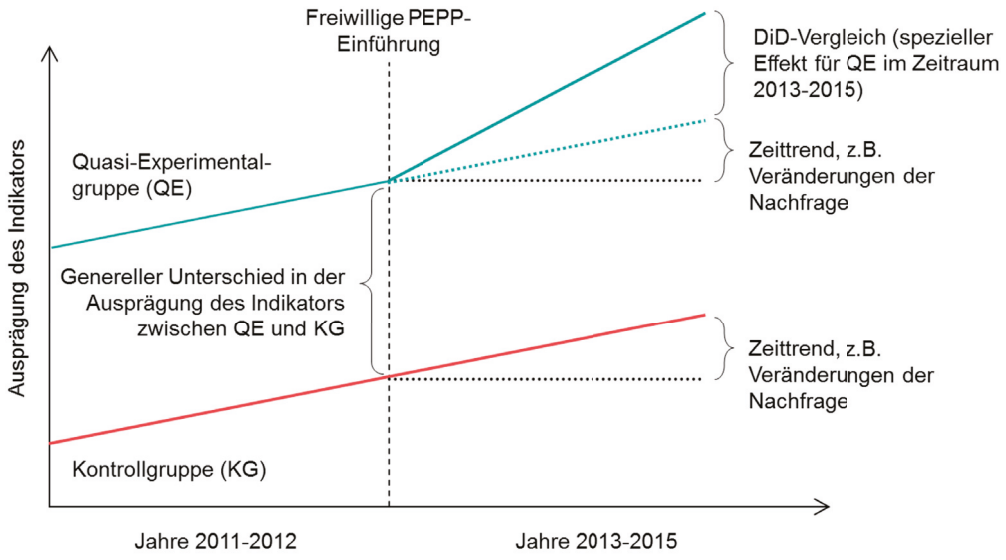


Abbildung 3.4.: Difference-in-Differences Methode

Die Zuordnung zur Quasi-Experimental- oder Kontrollgruppe erfolgt im Rahmen der inferenzstatistischen Analyse für alle Fälle aus dem allgemeinen Geltungsbereich des PEPP-Entgeltsystems, dem Segment „Psychiatrie und Psychosomatik“. Im Detail wird das Segment als Grundgesamtheit aller Fälle mit einer F-Hauptdiagnose (Psychische und Verhaltensstörungen) oder Fälle mit einer G-Hauptdiagnose (Krankheiten des Nervensystems) und einer F-Nebendiagnose (Psychische und Verhaltensstörungen) definiert. Durch dieses Vorgehen erfolgt beispielsweise die Analyse der Entwicklung der Fallzahlen von PatientInnen mit einer Hauptdiagnose (ICD-Kode) F10.0 („akuter Rausch“) unabhängig von einer Aufnahme im Psych-Entgeltbereich oder einer Aufnahme im DRG-Entgeltbereich und kontrolliert damit für Verlagerungen zwischen den Entgeltbereichen. Diese PatientInnen könnten sowohl im Rahmen der PEPP „PA02D“ in einer aufnehmenden Fachabteilung aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik behandelt werden, als auch im Rahmen der DRG „V60B“ in einer aufnehmenden Fachabteilung aus dem Bereich der Somatik.

Die Zuordnung zu den o. g. Gruppen erfolgt für die entsprechenden Forschungsfragen auf Basis der krankenhausspezifischen, freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems. Sämtliche Fälle aus dem Segment „Psychiatrie und Psychosomatik“ werden dabei jeweils einer Gruppe zugeordnet:

- Aufnahme in der Gruppe von Krankenhäusern, die für die Abrechnung nach PEPP optiert haben (Quasi-Experimentalgruppe, QE)
- Aufnahme in der Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen (Kontrollgruppe, KG)

Die Aufnahme in die Quasi-Experimentalgruppe erfolgt unabhängig davon, wann die PEPP-Optierung des behandelnden Krankenhauses tatsächlich stattgefunden hat. Sie wird für jede Beobachtungseinheit einmalig vorgenommen und die Gruppenzugehörigkeit bleibt während des gesamten Beobachtungszeitraums unverändert bestehen. Durch dieses Vorgehen wird der Vergleich auf zwei Gruppen konzentriert und die Anzahl der Beobachtungseinheiten innerhalb einer Gruppe bleibt im Zeitverlauf konstant. Dies ist besonders wichtig im Hinblick auf die Analyse von Indikatoren, denen absolute Häufigkeiten (im Gegensatz zu Anteilswerten) zugrundeliegen.

Technisch formuliert wird für die ausgewählten Indikatoren die Difference-in-Differences Methodik unter Verwendung der „Methode der kleinsten Quadrate“ (OLS-Regression) umgesetzt und dabei folgende mathematische Gleichung geschätzt:

$$Indikator = \beta_0 + \beta_1 QE + \beta_2 Zeitraum\, 2013 - 2015 + \beta_3 QE \times Zeitraum\, 2013 - 2015 + \varepsilon$$

wobei $Indikator$ die monatliche Ausprägung eines ausgewählten Indikators, QE eine binäre Variable für die Zugehörigkeit zur Quasi-Experimentalgruppe (genereller Unterschied zw. Optionskrankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Nicht-Optionskrankenhäusern mit TGPS-Abrechnung) und $Zeitraum\, 2013 - 2015$ eine binäre Variable für die Beobachtungen nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems ist (genereller Unterschied zwischen den Jahren 2011 bis 2012 und den Jahren 2013 bis 2015).

$QE \times Zeitraum\,2013 - 2015$ ist eine Interaktion zwischen diesen beiden binären Variablen (spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013 bis 2015). β_0 ist die Konstante der Regression und ε der Fehlertem (Schätzfehler).

Da die Gruppenzugehörigkeit nicht durch einen Zufallsmechanismus im Sinne eines randomisierten Experimentes bestimmt wird, muss mit Hilfe des statistischen Modells für grundsätzliche Unterschiede zwischen den Gruppen kontrolliert werden. Der geschätzte Koeffizient β_1 misst hierbei den generellen Unterschied im Niveau der monatlichen Ausprägungen der Indikatoren zwischen der Gruppe von Krankenhäusern, die für die Abrechnung nach PEPP optiert haben (Quasi-Experimentalgruppe) und der Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS wählen (Kontrollgruppe). Werden z. B. im Untersuchungszeitraum mehr Fälle noch im Rahmen von TGPS als bereits freiwillig im Rahmen des PEPP-Entgeltsystems behandelt, so erfasst dieser geschätzte Koeffizient in der inferenzstatistischen Analyse des Indikators „Anzahl PatientInnen“ diese grundlegenden Unterschiede in der Zusammensetzung der beiden Gruppen von Krankenhäusern.

Der geschätzte Koeffizient β_2 zeigt an, ob sich die Ausprägungen der Indikatoren zwischen den Jahren 2011 bis 2012 und 2013 bis 2015 unterscheiden (generelle Veränderung über die Zeit), unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit der Krankenhäuser. Ein Grund für diese Veränderung der Ausprägungen der Indikatoren könnte z. B. sein, dass eine Veränderung in der Nachfrage einen generellen Anstieg in der Anzahl der PatientInnen bewirkt.

Der geschätzte Koeffizient β_3 ist der Koeffizient von hauptsächlichem Interesse und gibt an, ob sich die Ausprägung der Indikatoren nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in der Gruppe von Krankenhäusern, die für die Abrechnung nach PEPP optiert haben (Quasi-Experimentalgruppe), im Unterschied zur Ausprägung der Indikatoren in der Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS wählen (Kontrollgruppe) unterscheidet. Ein statistisch signifikanter Koeffizient zeigt damit an, ob sich die beobachtete Veränderung der Ausprägungen eines Indikator nach der freiweilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems im Jahr 2013 vor allem auf die Gruppe von Krankenhäusern konzentriert, die für die Abrechnung nach PEPP optiert haben (Quasi-Experimentalgruppe).

Bei der Interpretation der inferenzstatistischen Analyse muss allerdings beachtet werden, dass die Auswirkungen der Budgetneutralität nach einer freiwilligen Abrechnung nach PEPP auf das Verhalten der Krankenhäuser und damit auf Veränderungen in der Ausprägung der Indikatoren unklar ist. Ein kausaler Effekt der freiwilligen PEPP-Einführung ist auch deswegen nur mit Einschränkungen bestimmbar, weil die Krankenhäuser nicht zufällig für die PEPP-Abrechnung ausgewählt wurden. Aus statistischer Sicht ist es problematisch, wenn die Selektion in die Experimental- bzw. Kontrollgruppe selbst von den Untersuchungssubjekten vorgenommen werden kann. Der Grund hierfür ist, dass damit die Zuordnung von unbeobachtbaren Einflussfaktoren mitbestimmt wird, die mit den jeweiligen Indikatoren korrelieren. Wenn z. B. vor allem große Einrichtungen mit steigender Versorgungsverantwortung für die Abrechnung nach PEPP optieren, verzerrt dies die Interpretationen der inferenzstatistischen Analyse in Hinblick auf die Fallzahlen.

Beispiel:

Bei der inferenzstatistischen Analyse des Indikators „Anzahl PatientInnen“ wird die Frage beantwortet, wie sich die PatientInnenzahl nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in der Gruppe von Krankenhäusern, die für die Abrechnung nach PEPP optiert haben (Quasi-Experimentalgruppe) im Unterschied zur PatientInnenzahl in der Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS wählen (Kontrollgruppe), verändert hat. Hierfür wird die Quasi-Experimentalgruppe mit der Kontrollgruppe verglichen, um zu erörtern, ob andere Faktoren, z. B. medizinische Weiterentwicklungen, eine Veränderung der beobachteten Indikatorausprägungen in der Quasi-Experimentalgruppe erklären könnten. Der geschätzte Koeffizient β_3 gibt an, ob sich die beobachtete Veränderung der Anzahl von PatientInnen nach der freiweilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems im Jahr 2013 vor allem auf die Gruppe von Krankenhäusern konzentriert, die für die Abrechnung nach PEPP optiert haben. Eine zentrale Annahme in diesem Beispiel ist, dass medizinische Weiterentwicklungen grundsätzlich einen identischen Einfluss auf die PatientInnen in beiden Untergruppen haben würden.

Analysen zu den Veränderungen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

4. Veränderungen des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Die renommierte US-amerikanische National Academy of Medicine (früher "Institute of Medicine", IoM) definiert Zugang zur Versorgung als „timely use of personal health services to achieve the best possible health outcomes" [43]. So sind beispielsweise eine "zeitnahe Terminvereinbarung", die "kurzfristige Rückmeldung mittels Telefon oder E-Mail", "kurze Wartezeiten" sowie die "Erreichbarkeit eines Leistungserbringers bzw. einer Leistungserbringerin außerhalb der Kernarbeitszeit" relevante Faktoren für einen angemessenen Zugang zur Versorgung [20]. Auch soziodemografische (z. B. Geschlecht, Herkunft der LeistungsempfängerInnen und -erbringerInnen), administrative (z. B. Organisation der Leistungsvergütung) und geografische Einflussfaktoren (z. B. zeitliche und räumliche Distanz zur Versorgungsstätte) sind als Determinanten des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen von Bedeutung [25]. Das schließt beispielsweise auch die verfügbaren Transportmittel oder die Krankenhausdichte in einem Versorgungsgebiet mit ein.

Mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems könnte sich der Zugang der Bevölkerung zu stationären Leistungen verbessern oder verringern, beispielsweise durch Veränderungen der Versorgungsstrukturen oder der angebotenen Leistungen. Möglicherweise bietet das PEPP-Entgeltsystem außerdem Anreize zur Risikoselektion zum Nachteil von PatientInnen, bei denen eine langwierige Behandlung zu vermuten ist. Auch dies könnte dazu führen, dass sich Veränderungen im Zugang zur Versorgung ergeben. Daher ist es wichtig und notwendig, diese möglichen Entwicklungen anhand von ausgewählten Indikatoren, die zur Operationalisierung des Zugangs genutzt werden können, zu untersuchen.

Zudem werden Veränderungen, die die regionale psychiatrische Pflichtversorgung betreffen, näher untersucht. Für die Erfüllung der Versorgungsverpflichtung müssen die betroffenen Krankenhäuser Kapazitäten vorhalten, die je nach Einzugsgebiet und regionalen Besonderheiten unterschiedlich hohe strukturelle Kosten verursachen. Bei der Implementierung des PEPP-Entgeltsystems fand die Teilnahme an der Notfall- und regionalen Pflichtversorgung zunächst keine explizite Berücksichtigung in der Vergütung, welche primär auf Diagnosen, Prozeduren und PatientInnencharakteristika basiert. In § 17d KHG ist jedoch festgelegt, dass eine Vereinbarung von Zu- bzw. Abschlägen für die Teilnahme an der regionalen Pflichtversorgung zu prüfen ist.

Im folgenden Kapitel werden die Anzahl und der Anteil der Nacht- und Wochenendaufnahmen berichtet. Dieser Indikator soll die von Krankenhäusern für die Pflichtversorgung vorzuhaltenden Kapazitätsreserven für ungeplante Aufnahmen im Rahmen der Akutversorgung widerspiegeln. Außerdem wird der Anteil vollstationärer Fälle untersucht, deren Wohnort außerhalb des für sie geografisch definierten Pflichtversorgungsbereiches liegt.

Dieser Anteil lässt Rückschlüsse auf den regionalen Versorgungskontext zu und ergänzt die Indikatoren zur Entwicklung der Unterbringungsverfahren (vgl. Kapitel 6).

Der Zugang zum stationären Sektor lässt sich wiederum z. B. durch die Anzahl der Einrichtungen im Psych-Entgeltbereich oder die Bettenzahlen beschreiben. Ein Rückgang in der Anzahl an Einrichtungen und/oder der vorgehaltenen Betten könnte auf Versorgungsengpässe hindeuten, was im Interesse der Versorgungssicherheit zu beobachten und zu untersuchen ist. Der ausgewählte Indikator „Anzahl der Krankenhäuser mit mehr als 50 Fällen“ zeigt auf, inwieweit sich die Anzahl der behandelnden Krankenhäuser verändert, während der ausgewählte Indikator „Anzahl der aufgestellten Betten in Psych-Fachabteilungen“ Aufschluss darüber gibt, wie sich die Bettenzahlen im Beobachtungszeitraum entwickelt haben.

Der Indikator „Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort“ zeigt hingegen auf, inwiefern sich der Zugang zu stationären psychiatrischen Leistungen räumlich verändert. Vor allem aus Sicht von PatientInnen, aber auch möglicher Angehöriger, ist eine wohnortnahe Behandlung wünschenswert. Eine Veränderung der Strecke zwischen Wohn- und Behandlungsort kann jedoch auch unabhängig von der Einführung von PEPP erfolgt sein, z. B. aufgrund von Änderungen in der Krankenhausplanung oder durch Änderungen im Verkehrsnetz. Um zu untersuchen, ob eine Veränderung des Indikators im Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems steht, wird eine inferenzstatistische Analyse durchgeführt (s. Kapitel 3). Hierbei wird untersucht, ob sich die zeitliche Entwicklung des Indikators zwischen der Gruppe der Häuser, die im Beobachtungszeitraum für PEPP optiert haben, und der Gruppe, die weiterhin TGPS abrechnete, systematisch unterscheidet.

Auch der Indikator „Anteil nicht in nächstgelegenem Krankenhaus aufgenommener Fälle an allen Fällen“ zielt auf die Erreichbarkeit von Versorgungsstrukturen ab. Eine Verringerung dieses Anteils würde darauf hindeuten, dass mehr PatientInnen eine räumlich näher gelegene Möglichkeit der Behandlung in Anspruch genommen haben. Jedoch können auch hier zahlreiche Faktoren ursächlich für eine Veränderung des Indikators sein.

In den nachfolgenden Unterkapiteln wird eine empirische Untersuchung der Indikatoren auf Basis von aggregierten Leistungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland (Datengrundlage gemäß § 21 KHEntgG), Daten des statistischen Bundesamtes (Grunddaten der Krankenhäuser) sowie Daten aus der Befragung der für die Krankenhausplanungen zuständigen Landesgesundheitsbehörden vorgenommen. Für die inferenzstatistischen Analysen konnte zusätzlich auf fallbezogene Leistungsdaten der Krankenhäuser (gemäß § 21 KHEntgG) zurückgegriffen werden.

Neben einer Beschreibung der beobachteten Entwicklung der Indikatoren wird im Rahmen von inferenzstatistischen Analysen für ausgewählte Indikatoren erörtert, ob und in welcher Größenordnung sich etwaige Veränderungen bei der Entwicklung der Indikatoren nach dem Zeitpunkt der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in 2013 vor allem auf die Gruppe von Krankenhäusern konzentriert, die für eine Abrechnung nach dem PEPP-Entgeltsystem optiert haben. Hierfür kann der Umstand genutzt werden, dass sowohl

Beobachtungen aus Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Abrechnung von PEPPs optiert haben (Quasi-Experimentalgruppe), als auch aus Einrichtungen, die im Beobachtungszeitraum weiterhin TGPS abgerechnet haben (Kontrollgruppe), für die Jahre 2011 bis 2015 vorliegen und deren Entwicklungen miteinander verglichen werden können (s. Kapitel 3). Die Struktur der verbalen Interpretation der Ergebnisse ist dabei an das methodische Vorgehen angelehnt und enthält für jeden ausgewählten Indikator i. d. R. drei Komponenten: 1) Beschreibung des generellen Unterschieds zwischen den Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und den Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung; 2) Beschreibung des generellen Unterschieds zwischen den Jahren 2011 bis 2012 und den Jahren 2013 bis 2015; 3) Beschreibung des speziellen Effekts für Krankenhäuser mit PEPP-Abrechnung nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in den Jahren 2013 bis 2015.

4.1. Regionale Pflichtversorgung

Die regionale Pflichtversorgung[9] entspricht der Idee einer wohnortnahen Erbringung medizinischer Dienstleistungen an psychiatrischen PatientInnen. Durch kurze Wege zwischen dem ambulanten und stationären Sektor sowie der Anbindung an komplementäre Träger soll die Behandlungskontinuität sichergestellt werden. Im weitesten Sinne sieht diese Regelung eine Aufnahmepflicht für psychiatrische Krankenhäuser/Fachabteilungen vor. Diese erstreckt sich definitorisch auf alle PatientInnen aus einem bestimmten, geografisch eingegrenzten, Einzugsbereich, die

- nach den Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsgesetzen der Länder sowie nach dem BGB (Vormundschaft, Pflegschaft bzw. nach dem Betreuungsgesetz) eingewiesen werden, oder
- stationär behandlungsbedürftig sind (freiwillige Aufnahme).

In 12 von 16 der von uns befragten Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein) ist eine regionale Versorgungsverpflichtung ausschließlich für die zwangsweise Unterbringung von psychisch kranken Personen nach den entsprechenden Landesgesetzen definiert. Für die restlichen vier Bundesländer (Brandenburg, Bremen, Saarland, Thüringen) ist die Situation unklar. Gründe hierfür sind u. a. die mangelnde Aktualität oder Unvollständigkeit der vorliegenden Daten und die generell uneinheitlichen und/oder nicht verifizierbaren Informationen bzgl. konkreter Rechte und Pflichten für Krankenhäuser in Bezug auf die ihnen zugeordneten Versorgungsregionen.

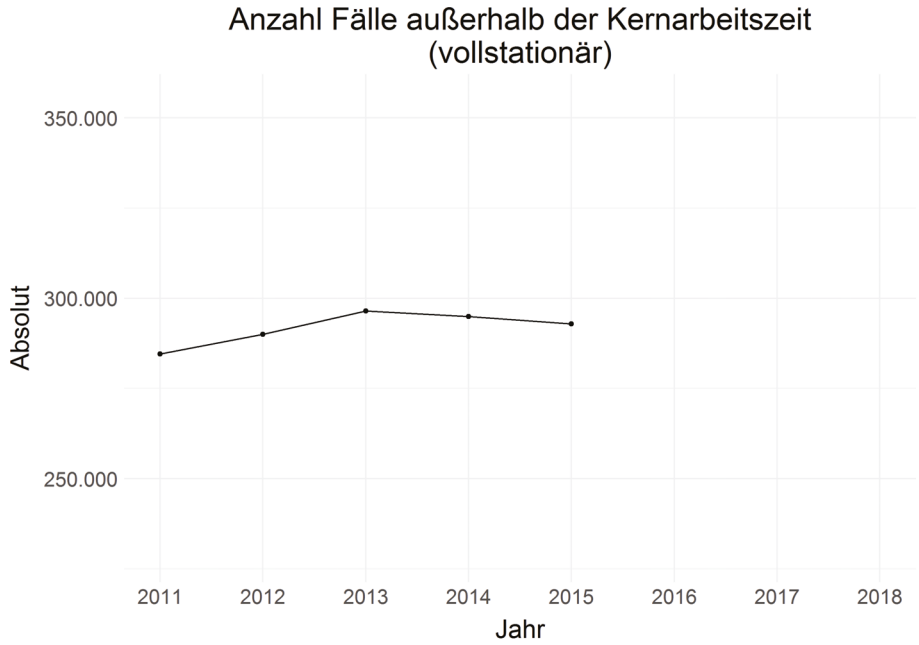
[9] Die Umsetzung der regionalen Pflichtversorgung fällt grundsätzlich in den Kompetenzbereich der Länder. Da (psychiatrische) Krankenhäuser aber – u. a. auf Grundlage von § 323c StGB, § 108 Nr. 2 in Verbindung mit § 109 Abs. 4 SGB V – generell – d. h. geografisch unbeschränkt – die Pflicht zur Aufnahme und Behandlung von PatientInnen im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit haben und darüber hinaus eine gesetzliche Grundlage für die geografische Einschränkung der Aufnahmepflicht fehlt – ist der „Pflichtbegriff“ in diesem Kontext eher irreführend. Es wäre treffender, die regionale Pflichtversorgung als informelles Instrument der Versorgungspolitik zu bezeichnen. Dementsprechend wird sie in den meisten Bundesländern auch nur in der Krankenhausplanung erwähnt und ggf. im Feststellungsbescheid (§ 8 Abs. 1 KHG) konkretisiert, nicht aber in der Gesetzgebung selbst.

Für 12 von 16 Bundesländern (Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen) konnte eine räumliche Definition von Versorgungsregionen identifiziert werden. Diese wird überwiegend auf Grundlage administrativer Gebietseinheiten (Landkreise, kreisfreie Städte und Gemeinden, Stadtbezirke/-teile und an einigen Stellen auch unterhalb der Stadtteilebene) vorgenommen. Die Veröffentlichung der Versorgungsregionen erfolgt meist über die jeweiligen Landeskrankenhauspläne.

Allerdings unterscheiden sich die einzelnen Länder im Hinblick auf die Zuweisungskriterien (Wohnort, Aufenthaltsort, Auffindeort etc.) für eine Aufnahme von behandlungsbedürftigen PsychiatriepatientInnen in einer bestimmten Einrichtung. In Baden-Württemberg obliegt die Auswahl einer Einrichtung der unteren Verwaltungsbehörde (§ 18 PsychKHG). In Bayern richtet sich die Zuständigkeit für den Vollzug einer Therapieunterbringung gemäß Art. 100 BaySvVollzG nach der zuständigen Kreisverwaltungsbehörde und nicht nach dem Wohnort der betroffenen Person. In Berlin und Hamburg erstreckt sich eine Aufnahmeverpflichtung auf PatientInnen mit Wohnsitz im jeweiligen Bezirk und – sofern die Meldeadresse außerhalb des jeweiligen Bundeslandes liegt – auf PatientInnen, die sich im jeweiligen Bezirk aufhalten bzw. dort aufgefunden werden. Im Bundesland Bremen ist nach Auskunft der Landesbehörde der Wohnort der erkrankten Person maßgeblich. In Nordrhein-Westfalen wird hierzu der Ort, an dem die Notwendigkeit der zwangsweisen Unterbringung der betroffenen Person festgestellt wurde, als Kriterium herangezogen. Für die Bundesländer Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen konnten keine Daten zu Regionalkriterien für eine Zuweisung von Unterbringungsfällen ermittelt werden.

Es ist insgesamt festzuhalten, dass eine regionale Versorgungsverpflichtung in der derzeitigen Realität lediglich auf die Aufnahme und Behandlung von Unterbringungsfällen abzielt, die wiederum nur einen kleinen Teil der Behandlungsfälle darstellen. Eine statistische Auswertung für die Gruppe von Krankenhäusern mit versus ohne regionale Versorgungsverpflichtung wäre allerdings nur eingeschränkt belastbar, da – wie ausgeführt – einem entsprechenden Gruppenmerkmal die Validität fehlt (vgl. auch [31]). Insofern konzentrieren sich die folgenden Analysen auf die Untersuchung von Hilfsvariablen: Die Anzahl und der Anteil der Nacht- und Wochenendaufnahmen stellen eine Approximation an die Anzahl bzw. den Anteil pflichtversorgter PatientInnen dar, ohne, dass dabei das dichotome Merkmal „regionale Pflichtversorgung“ auf Krankenhausebene herangezogen werden muss. Auch Godemann et al. [31] schlagen die Nutzung eines solchen Indikators bei der Verwendung von Routinedaten vor. Der Anteil vollstationärer Fälle mit Wohnort außerhalb des Pflichtversorgungsbereiches kann in diesem Sinne hilfsweise genutzt werden, um geografische Verschiebungen in der Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen abzubilden.

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

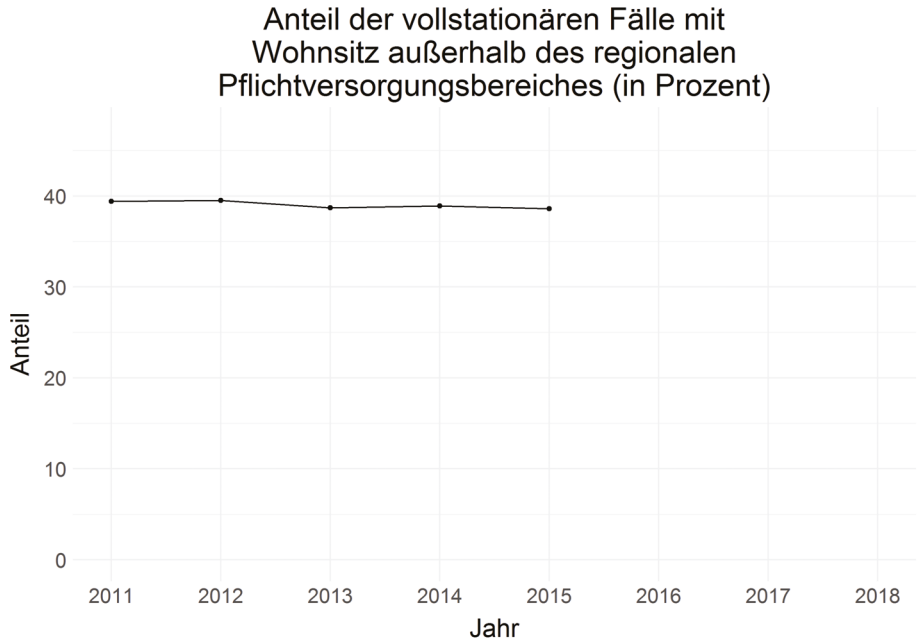


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 4.1.: Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)

Die Zahl der stationären Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit (Montag bis Freitag, 08.00 bis 17.00 Uhr), welche sowohl regional als auch zwischen Krankenhäusern variiert, wird in Abbildung 4.1 dargestellt. Im Jahr 2011 wurden 284 613 und im Jahr 2015 292 898 solcher Fälle registriert (+8 285 Fälle). Demnach ist über den gesamten Beobachtungszeitraum ein Anstieg um 2,9 Prozent zu beobachten, der vor allem auf die Entwicklung in den Jahren 2011 bis 2013 zurückzuführen ist (+4,1 Prozent). Von 2013 bis 2015 war ein leichter Rückgang der Aufnahmen festzustellen (−1,2 Prozent). Auf Ebene der Bundesländer fällt die Entwicklung der Anzahl stationärer Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit sehr unterschiedlich aus. So waren in Bremen und Baden-Württemberg im Beobachtungszeitraum eine Zunahme um 14,5 bzw. 13,3 Prozent zu beobachten, während im Saarland und Berlin eine Reduktion um 9,8 bzw. 2,2 Prozent registriert wurden.

Im Gegensatz zur absoluten Anzahl der Aufnahmen unterliegt der Anteil der vollstationär aufgenommenen Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit über den gesamten Beobachtungszeitraum nur leichten Schwankungen und steigt geringfügig von 31,7 Prozent im Jahr 2011 auf 31,8 im Jahr 2015. Beide Indikatoren können in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=2201&criterion=Gesamt bzw. https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=2202&criterion=Gesamt abgerufen werden.

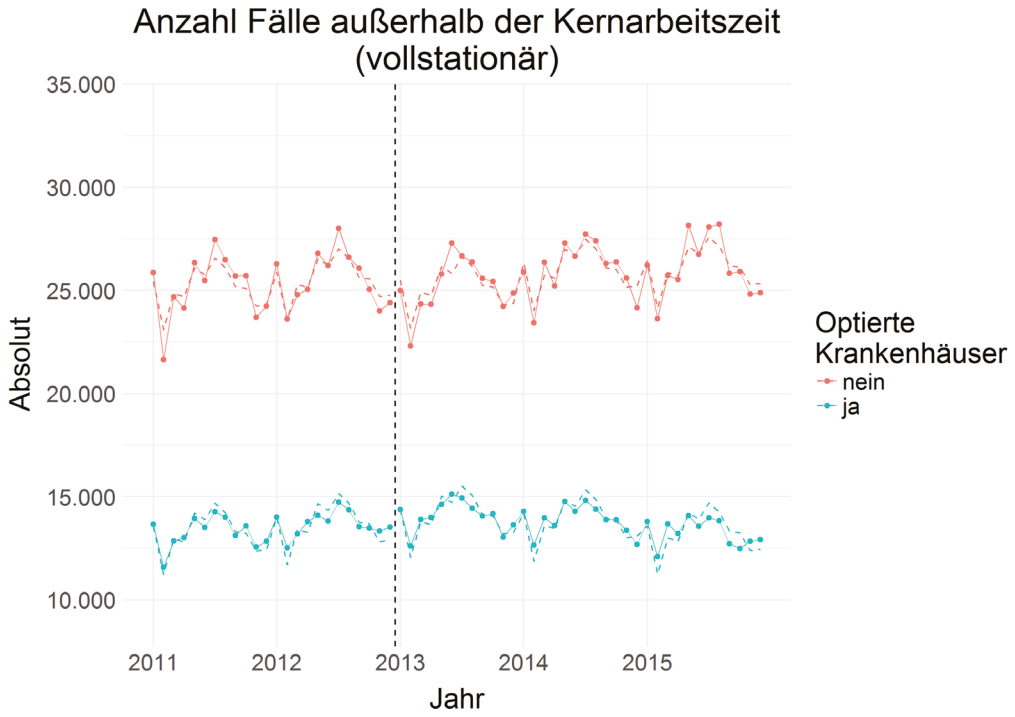


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 4.2.: Anteil der vollstationären Fälle mit Wohnsitz außerhalb des regionalen Pflichtversorgungsbereiches

Der Anteil der vollstationären Fälle, deren Wohnsitz sich außerhalb des regionalen Pflichtversorgungsbereichs des behandelnden Krankenhauses befindet, wird in Abbildung 4.2 dargestellt. Um eine für die Darstellung des Indikators passende Berechnungsgrundlage zu schaffen, wurden die in den Landeskrankenhausplänen beschriebenen Pflichtversorgungsregionen in Postleitzahlen überführt und diese dann mit den Standorten der jeweiligen Krankenhäuser verglichen. Im Ergebnis wurden im Jahr 2011 39,4 und im Jahr 2015 38,6 Prozent der Fälle außerhalb des regionalen Pflichtversorgungsbereichs behandelt. Demnach ist über den gesamten Beobachtungszeitraum ein leichter Rückgang zu beobachten (−0,8 Prozentpunkte). Auf Ebene der Bundesländer sind sehr unterschiedliche Ausprägungen des Indikators festzustellen. Während in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2015 60,0 Prozent der vollstationär aufgenommenen PatientInnen ihren Wohnsitz außerhalb des regionalen Pflichtversorgungsbereiches hatten, waren es in Brandenburg lediglich 17,6 Prozent. Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=2102&criterion=Gesamt abgerufen werden.

Inferenzstatistische Analyse der Sekundärdaten



Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abrechnen (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe (vgl. Kapitel 3.3.4).
Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Abbildung 4.3.: Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)

Abbildung 4.3 zeigt die Entwicklung der Anzahl vollstationär aufgenommener Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit für die o. g. Gruppen. Die grafische Darstellung erfolgt auf Monatsebene, wobei die tatsächlich beobachtete Anzahl der Aufnahmen durch die durchgezogene Linie und die mittels Regression geschätzten Werte durch eine gestrichelte Linie dargestellt werden. Die grafische Analyse offenbart starke saisonale Schwankungen und zeigt, dass die jeweilige Anzahl der Aufnahmen sich zwischen den betrachteten Gruppen deutlich im Niveau unterscheidet. Häuser, die nicht optiert haben, nehmen über den gesamten Beobachtungszeitraum durchschnittlich mehr vollstationäre Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit auf als die Optionshäuser.

Die grafische Auswertung wird durch die Ergebnisse der Regressionsanalyse ergänzt, die in Tabelle B.4 im Anhang dargestellt sind. Zusätzlich zu den geschätzten Koeffizienten sind die jeweiligen t-Werte, p-Werte und Standardfehler angegeben, anhand derer überprüft werden kann, ob die Koeffizienten in der vorliegenden Grundgesamtheit signifikant von Null verschieden sind, d. h., einen Erklärungswert für die Entwicklung der Anzahl

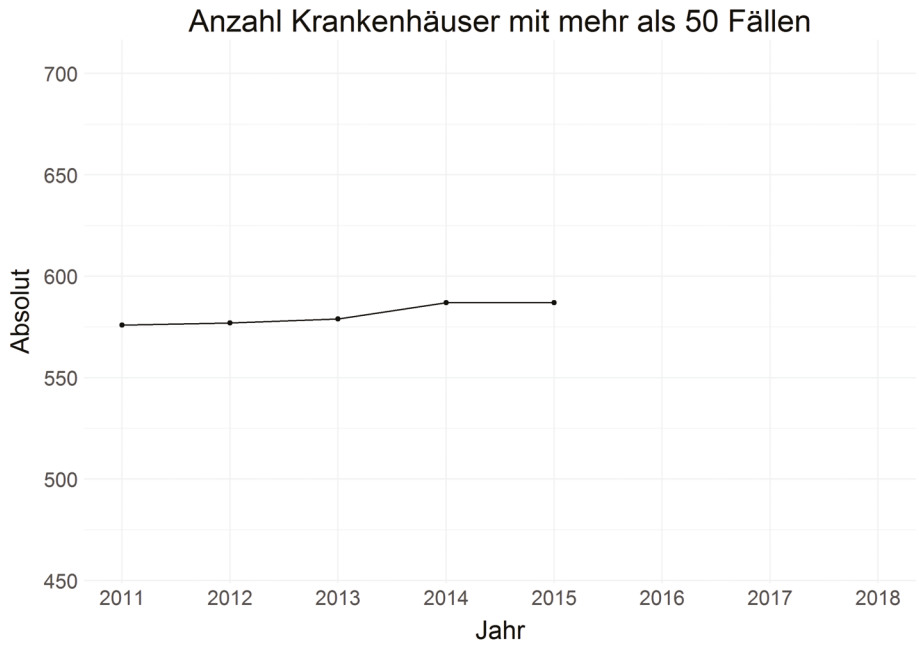
vollstationär aufgenommener Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit liefern. Die Gruppe der Krankenhäuser, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, weist im Vergleich zur Gruppe, die weiterhin TGPS abrechnet, insgesamt pro Monat 11 872 weniger solcher Fälle auf ($p < 0{,}01$). Zudem war im Zeitraum von 2013 bis 2015 eine signifikant höhere Anzahl an Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit (+441, $p < 0{,}01$) festzustellen als in den Vorjahren (2011 bis 2012). Jedoch zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied der Anzahl vollstationärer Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit in der Gruppe der PEPP-Optionshäuser im Zeitraum nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems (−173, $p > 0{,}1$). Dementsprechend gibt es zunächst keine Hinweise darauf, dass die optionale PEPP-Einführung einen direkten Einfluss auf die Entwicklung des betrachteten Indikators hatte.

Um zu überprüfen, ob die Ergebnisse der Regressionsanalyse möglicherweise auf Unterschiede in der PatientInnenpopulation zwischen den Häusern der Experimental- und Kontrollgruppe zurückzuführen sind, wurde das Modell erweitert und zusätzlich für die ICD-Hauptdiagnosen (zweistellig) der PatientInnen kontrolliert. Die Regressionsergebnisse zeigen, dass der systematische Unterschied in der Anzahl aufgenommener Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit zwischen den beiden Gruppen bestätigt wird ($p < 0{,}001$). Die Koeffizienten für den gruppenübergreifenden Vergleich des Vor- und Nachzeitraums sowie für den speziellen Effekt für PEPP-Krankenhäuser im Nachzeitraum der PEPP-Einführung waren in dieser Spezifikation nicht signifikant von Null verschieden.

Wird statt der Anzahl der Nicht-Kernarbeitszeit-Fälle ihr Anteil an allen Fällen analysiert, nahmen Krankenhäuser, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, pro Monat durchschnittlich um 5,4 Prozentpunkte geringere Fallzahlen auf als Einrichtungen, die im Beobachtungszeitraum nicht nach PEPP abrechneten ($p < 0{,}001$). Die Entwicklung des Anteils der Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit weist, wie in Tabelle B.5 zu sehen ist, keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Zeiträumen vor und nach 2013 auf ($p > 0{,}1$). Zudem impliziert die inferenzstatistische Analyse, dass sich der Trend des Indikators nach Einführung des PEPP-Entgeltsystems für die Optionshäuser nicht systematisch vom kontrafaktischen Trend der Kontrollgruppe unterscheidet ($p > 0{,}1$). Es handelt sich somit um einen Unterschied zwischen den Gruppen von Krankenhäusern, der bereits vor Einführung des PEPP-Entgeltsystems vorhanden war und hierdurch nicht verstärkt wurde.

4.2. Infrastrukturelle und geografische Zugangsfaktoren

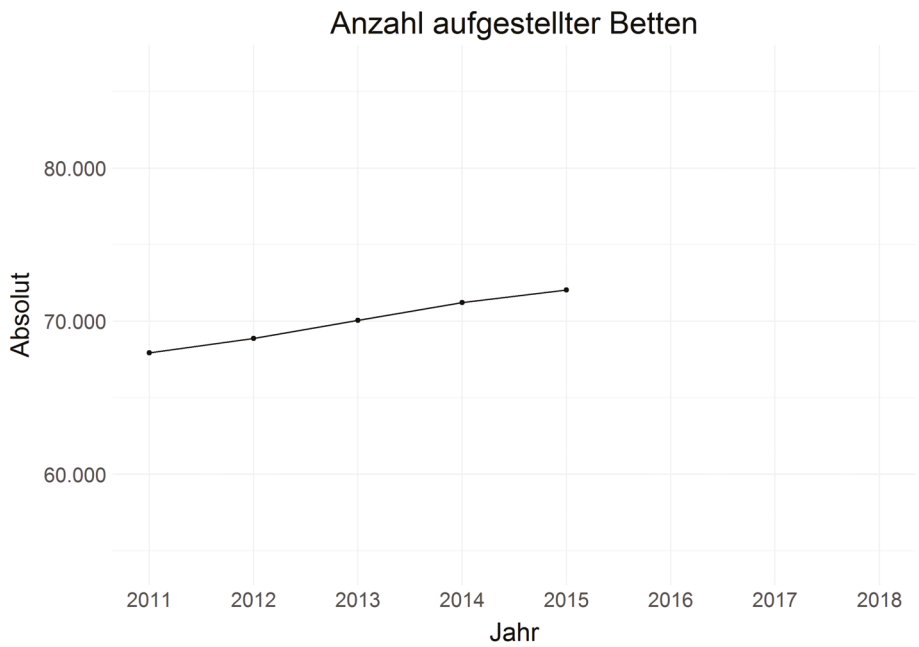
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 4.4.: Anzahl Krankenhäuser mit mehr als 50 Fällen

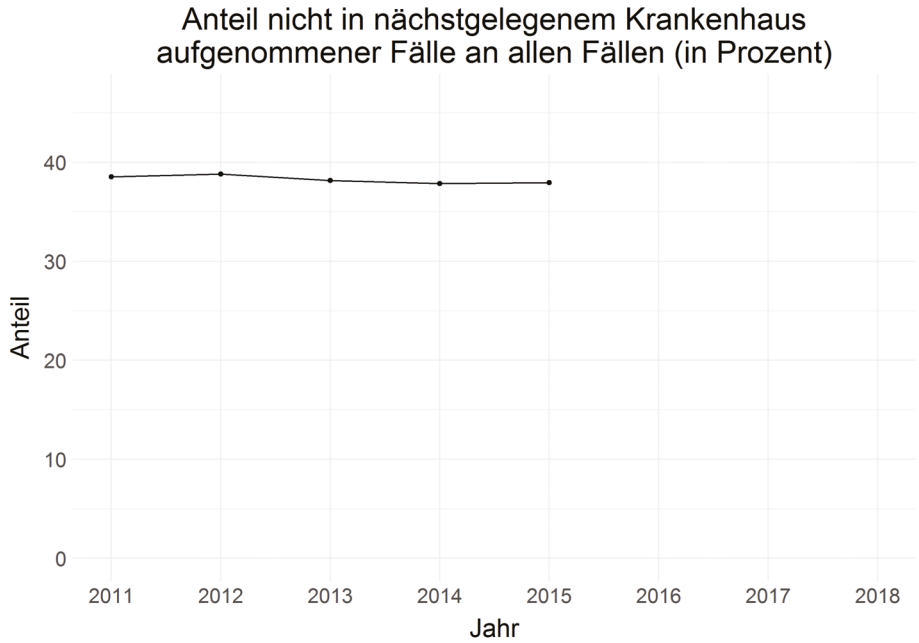
Die Anzahl der Psych-Krankenhäuser kann herangezogen werden, um infrastrukturelle Kapazitätsveränderungen im Krankenhausmarkt nachzuvollziehen. Abbildung 4.4 zeigt die Anzahl der leistungserbringenden Psych-Krankenhäuser, bei denen mindestens 50 Fälle aus dem Psych-Entgeltbereich abgerechnet wurden. Die Anzahl dieser Einrichtungen betrug 576 im Jahr 2011 und stieg auf 587 im Jahr 2015 (+1,9 Prozent), wobei bereits von 2013 auf 2014 ein Anstieg in Höhe von +1,3 Prozent zu beobachten ist. Auf Basis der deskriptiven Analyse ist zunächst kein Zusammenhang dieser Entwicklung mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems zu vermuten.



Datenquelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

Abbildung 4.5.: Anzahl aufgestellter Betten

Die Bettenzahl in den Fachabteilungen Kinder-/ Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik wird in Abbildung 4.5 gezeigt. Im Jahr 2011 betrug die Anzahl aufgestellter Betten 67 942 und erhöhte sich bis zum Jahr 2015 auf 72 037 (+6,0 Prozent). Strukturbrüche sind im Beobachtungszeitraum nicht festzustellen. So erfolgte der Anstieg kontinuierlich mit 1,2 bis 1,7 Prozent pro Jahr. Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=403&criterion=Gesamt abgerufen werden.

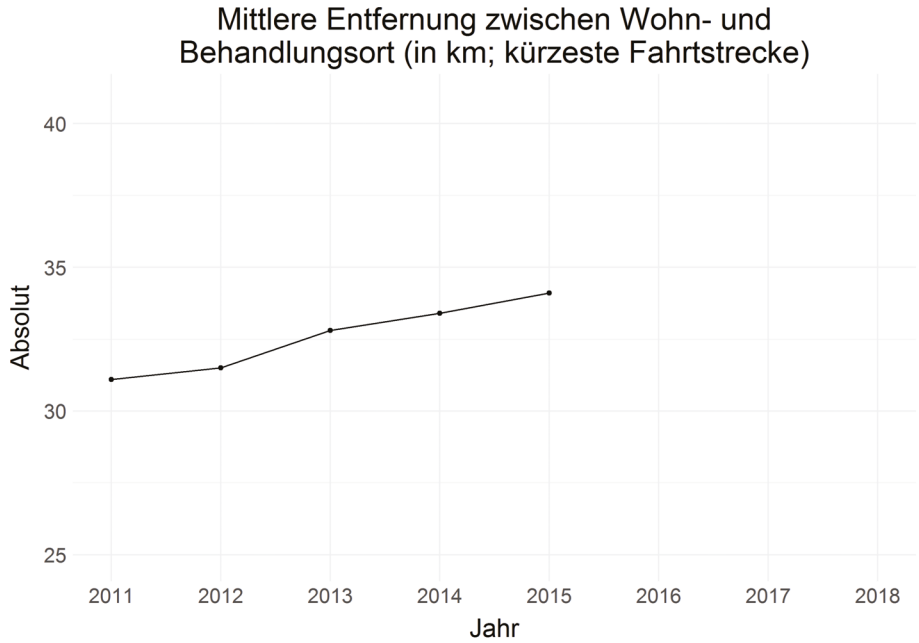


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 4.6.: Anteil nicht in nächstgelegenem Krankenhaus aufgenommener Fälle an allen Fällen (in Prozent)

Abbildung 4.6 beschreibt die Entwicklung des Anteils der Fälle, die nicht in die nächstgelegene psychiatrische Einrichtung (d. h. in das Krankenhaus mit der kürzesten Entfernung zum Wohnort der PatientInnen) aufgenommen wurden. Als psychiatrische Einrichtung gilt dabei ein Krankenhaus mit jährlich mindestens 50 Behandlungsfällen im Psych-Entgeltbereich. Im Durchschnitt wurden im Jahr 2011 38,6 Prozent und im Jahr 2015 37,9 Prozent der Fälle in die geografisch nicht nächstgelegene Einrichtung aufgenommen. Der Indikator bleibt über den gesamten Beobachtungszeitraum, also sowohl vor als auch nach der PEPP-Einführung, relativ stabil. Die größte Veränderung betrug −0,7 Prozentpunkte (von 2012 auf 2013). Der Vergleich zwischen den Bundesländern zeigt ein heterogenes Bild. In Schleswig-Holstein nahm der Anteil der Fälle, die nicht in die nächstgelegene psychiatrische Einrichtung aufgenommen wurden, im Beobachtungszeitraum um 5,9 Prozentpunkte zu, während das Saarland im selben Zeitabschnitt einen Rückgang von 7,8 Prozentpunkten verzeichnete.

Diese Kennzahlen können u. a. von Faktoren wie Änderungen in der Landeskrankenhausplanung, der Öffnung oder der Schließung bzw. Zusammenlegung von Krankenhäusern, Standorten oder Fachabteilungen sowie der Restrukturierung von zu versorgenden Gebieten beeinflusst werden. Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=6201&criterion=Gesamt abgerufen werden.

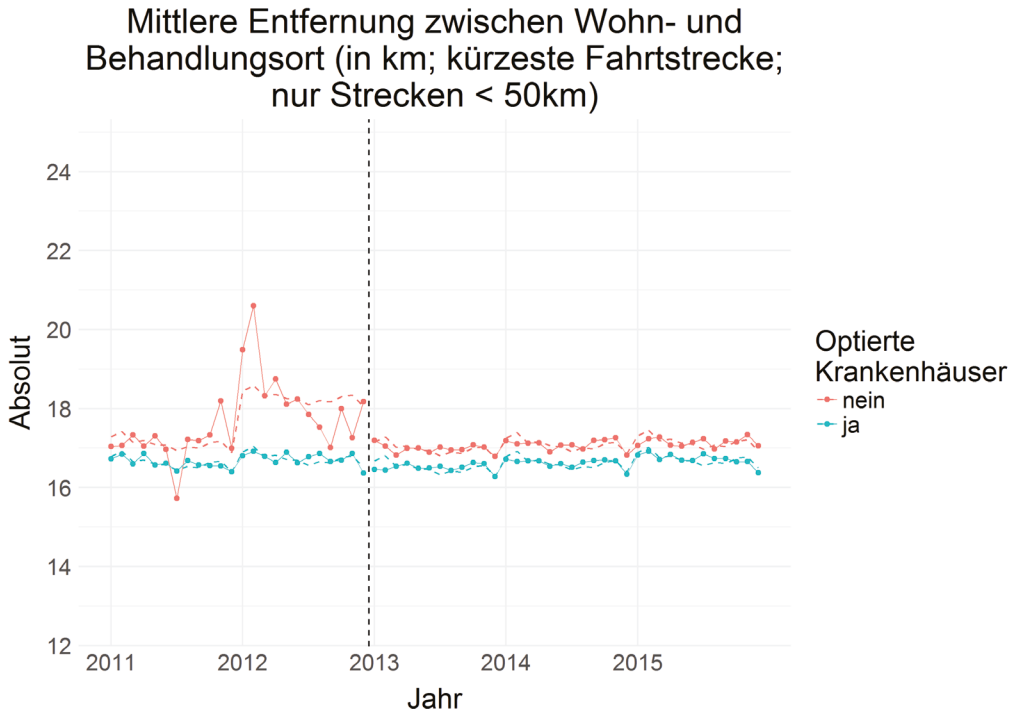


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 4.7.: Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke)

Abbildung 4.7 beschreibt die Entwicklung der durchschnittlich zurückgelegten Entfernung – in Kilometern bei möglichst kurzer Fahrtstrecke – zwischen dem Wohn- und Behandlungsort im Zeitraum von 2011 bis 2015 für Krankenhäuser, die mindestens 50 Fälle im Psych-Entgeltbereich abgerechnet hatten. Während im Jahr 2011 durchschnittlich 31,1 Kilometer zurückgelegt werden mussten, waren es im Jahr 2015 34,1 Kilometer. Dementsprechend ist im Beobachtungszeitraum ein Anstieg der kürzesten Fahrstrecke von durchschnittlich 3,0 Kilometern bzw. 9,6 Prozent zu verzeichnen. Insgesamt verläuft der Aufwärtstrend über den gesamten Beobachtungszeitraum kontinuierlich, allerdings war die Schwankungsbreite zwischen den Bundesländern auch hier relativ groß. In Bayern und Berlin konnte eine Zunahme von 19,2 bzw. 15,7 Prozent beobachtet werden, während in Brandenburg oder Hamburg fast keine Veränderung gemessen wurde (−0,4 bzw. +0,9 Prozent). Eine differenzierte Betrachtung des Indikators nach Strukturkategorien zeigt, dass die Entfernung vom Wohn- zum Behandlungsort auch hier stark variiert. PatientInnen, die sich in vollstationäre psychosomatische Behandlung begaben, legten 2015 im Durchschnitt 120,5 Kilometer zurück, während PatientInnen, die vollstationär in psychiatrische Kliniken aufgenommen wurden, eine durchschnittliche Entfernung von 28,7 Kilometern überwanden. Aufgrund der überproportional starken Entwicklung der PatientInnenzahlen in der Psychosomatik-Subgruppe steigt somit die durchschnittlich zurückgelegte Entfernung in der Gesamtbetrachtung. Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=6101&criterion=Gesamt abgerufen werden.

Inferenzstatistische Analyse der Sekundärdaten



Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abrechnen (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe (vgl. Kapitel 3.3.4).
Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Abbildung 4.8.: Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke; nur Strecken < 50 km)

Abbildung 4.8 beschreibt die durchschnittlich von PatientInnen zum Behandlungsort zurückgelegte Entfernung, wobei für die inferenzstatistische Analyse nur Fälle berücksichtigt werden, die von ihrem Wohn- zum Behandlungsort weniger als 50 Kilometer zurücklegen mussten[10]. Die grafische Analyse offenbart Unterschiede im Niveau zwischen den Vergleichsgruppen. So ist die zurückgelegte Entfernung über den gesamten Beobachtungszeitraum niedriger für Fälle aus Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für PEPP optiert haben. Für beide Gruppen folgt der Indikator insgesamt einem leicht negativen Zeittrend.

[10] Mit der zurückgelegten Entfernung steigt die Wahrscheinlichkeit für systematische Effekte, die nicht mit einer Veränderung des Versorgungszugangs in Verbindung gebracht werden können. So ist der Behandlungsort bei PatientInnen, die sich gerade im Urlaub befinden, zwangsläufig weiter entfernt vom Wohnort, als das normalerweise der Fall wäre. Ebenfalls ist denkbar, dass medizinische Gründe für eine Überweisung in eine weiter entfernte Spezialklinik gesprochen haben.

Die visuelle Auswertung wird von der inferenzstatistischen Analyse unterstützt. PatientInnen der Krankenhäuser, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, müssen im Vergleich zu PatientInnen der Kontrollgruppe eine um durchschnittlich 1,0 Kilometer kürzere Strecke von ihrem Wohnort zum Krankenhaus zurücklegen ($p < 0{,}001$, s. Tabelle B.11 im Anhang). Die Annahme, dass der Indikator einem leicht negativen Trend folgt, wird ebenfalls durch die Regression bestätigt. Die Entfernung sinkt im zeitlichen Verlauf um rund 0,6 Kilometer ($p < 0{,}001$). Im Vergleich zur Gruppe der Krankenhäuser, die weiterhin TGPS abrechnen, ist die zu überwindende Entfernung für Fälle der PEPP-Optionshäuser nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems 2013 statistisch signifikant um 0,56 Kilometer gestiegen ($p < 0{,}01$).

Wird dieselbe Regression unter Berücksichtigung aller Fälle geschätzt – d. h. auch diejenigen, die 50 Kilometer und mehr anreisen mussten – ändern sich die Vorzeichen der Koeffizienten für den Zeittrend und für die Optionshäuser im Zeitraum von 2013 bis 2015 (s. Tabelle B.10 im Anhang). Die Entfernung unterscheidet sich statistisch signifikant zwischen den Zeiträumen vor und nach Einführung des PEPP-Entgeltsystems ($p < 0{,}001$). Im Zeitraum von 2013 bis 2015 legten die PatientInnen durchschnittlich 2,5 Kilometer mehr zurück, um eine Behandlung zu erhalten, als im Zeitraum von 2011 bis 2012. Im Vergleich zur Gruppe der Krankenhäuser, die weiterhin TGPS abrechnen, ist die zurückzulegende Entfernung für PatientInnen der PEPP-Optionshäuser nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems 2013 um rund 1,1 Kilometer kürzer ($p < 0{,}05$).

4.3. Diskussion

Die Ergebnisse der Sekundärdatenanalysen für den Zeitraum vor und nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems zeigen ein gemischtes Bild in Bezug auf die Veränderung des Zugangs zur psychiatrischen Versorgung in Deutschland.

Die Anzahl vollstationärer Fälle, die außerhalb der Kernarbeitszeit anfallen, kann als Operationalisierung für ungeplante Krankenhausaufnahmen, zu denen auch gesetzliche Unterbringungen zählen, verstanden werden. Der moderate Anstieg dieser Fälle (+2,9 Prozent) könnte ein Anzeichen für Kapazitätsengpässe in der ambulanten psychiatrischen Versorgung sein. In Deutschland sind pro 100 000 EinwohnerInnen 1,4 ambulante Einrichtungen verfügbar. Im europäischen Vergleich mit den anderen 26 Mitgliedsstaaten halten lediglich Belgien, Bulgarien, Finnland, Portugal und Rumänien weniger ambulante Kapazitäten in der Versorgung psychisch Kranker vor [2]. Andererseits ist auch in der somatischen Versorgung der generelle Trend einer Zunahme von Notfällen zu beobachten. Der Anteil der Notfälle an allen somatischen Fällen erhöhte sich nach charakteristischer Definition von 2007 bis 2012 von 39,0 auf 39,8 Prozent. Gemäß administrativer Definition war im selben Zeitraum sogar ein Anstieg von 35,9 auf 41,4 Prozent zu beobachten [56].[11]

[11] Notfälle sind gemäß administrativer Definition solche Fälle, denen keine Einweisung zugrunde liegt während Schreyögg et al. [56] charakteristische Notfälle als Fälle definieren, denen medizinische Notfallkriterien zugeordnet werden können.

Die deskriptive Analyse zeigt, dass der Anstieg der vollstationären Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit vor allem auf die allgemeine Entwicklung in den Jahren 2011 bis 2013 zurückzuführen ist, während im Zeitraum von 2013 bis 2014 ein Rückgang zu beobachten war. Auf Basis der inferenzstatistischen Analyse ist allerdings kein Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems festzustellen. Die durchgeführte Regressionsanalyse zeigt, dass ein deutlicher Niveauunterschied zwischen den beiden Gruppen besteht, wobei die Gruppe der Optionshäuser deutlich weniger Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit vollstationär aufnahm. Eine mögliche Erklärung ist, dass diese Gruppe insgesamt weniger Fälle behandelt, weil sie entweder weniger Krankenhäuser beinhaltet oder diese durchschnittlich geringere Fallzahlen aufweisen als Häuser der Kontrollgruppe. Eine Betrachtung der Gesamtfallzahlen stützt diese These und zeigt, dass die Optionshäuser im Beobachtungszeitraum im Durchschnitt 25 897 Fälle und 25 723 PatientInnen weniger behandelt haben als die Krankenhäuser der Kontrollgruppe (s. Kapitel 6).

Auch eine Betrachtung des Anteils der Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit lässt Rückschlüsse zu. Im Rahmen der inferenzstatistischen Analyse konnte gezeigt werden, dass sich dieser Anteil zwischen den beiden Gruppen statistisch signifikant unterscheidet. Die Optionshäuser nahmen durchschnittlich 5,35 Prozent weniger Fälle am Wochenende bzw. zwischen 17 und 9 Uhr auf, als Krankenhäuser, die TGPS abrechneten. Das bedeutet, dass auch mit Berücksichtigung der unterschiedlichen absoluten Höhe der Fallzahlen eine Differenz im Aufnahmeverhalten besteht. Eine Begründung für diese Differenz könnte durch eine systematisch unterschiedliche PatientInnenpopulation der beiden Gruppen gegeben sein. Kontrolliert man im Rahmen der inferenzstatistischen Analyse für die zweistellige Hauptdiagnose, ist der Unterschied im Anteil aufgenommener Fälle statistisch nicht mehr signifikant. Die Unterschiede in der Anzahl und dem Anteil aufgenommener Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit sind also vermutlich auf unterschiedliche PatientInnenpopulationen in den beiden Gruppen zurückzuführen.

Im Beobachtungszeitraum ist ein leicht abnehmender Anteil vollstationärer Fälle festzustellen, die außerhalb des für sie definierten Pflichtversorgungsbereichs behandelt wurden. Dies kann als Hinweis auf einen verbesserten Zugang zur regionalen Versorgungsstruktur gewertet werden. Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass der geografisch definierte Bereich für die regionale Pflichtversorgung insbesondere in Städten nicht automatisch die dem Wohnort nächstgelegene Einrichtung beinhaltet. Zudem können Veränderungen in der Krankenhausplanung den Indikator über die Zeit beeinflusst haben, beispielsweise wenn Versorgungsregionen neu definiert wurden, dies aber noch nicht in einem aktualisierten Krankenhausplan veröffentlicht worden ist.

Während die Indikatoren Anzahl und Anteil der Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit potentiell einen Rückschluss auf die Organisation der ambulanten Versorgung zulassen[12], gibt die Anzahl der Krankenhäuser mit mehr als 50 Fällen aus dem Psych-Entgeltbereich

[12] Ambulante psychiatrische Strukturen können nur bedingt zur Versorgung von Notfällen (außerhalb der Kernarbeitszeiten) herangezogen werden, da psychiatrische Notfälle häufig akute Alkohol- oder Substanzintoxikationen oder auch akute Krisen umfassen, die in einem ambulanten Kontext nicht adäquat zu behandeln wären.

und die Anzahl der aufgestellten Betten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen Aufschluss über die Entwicklung stationärer Kapazitäten. Die Anzahl der Krankenhäuser ist im Beobachtungszeitraum moderat gestiegen, was auf eine verbesserte Versorgungsstruktur und damit möglicherweise auf einen leichteren Zugang zu Behandlungseinrichtungen für PatientInnen hindeutet. Parallel zur steigenden Anzahl der Krankenhäuser (von 2011 auf 2015 um insgesamt +1,9 Prozent) war im Beobachtungszeitraum ein Anstieg der Bettenzahlen in psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen um insgesamt 6,0 Prozent festzustellen. Dieser Anstieg ist vor dem Hintergrund, dass in Deutschland eher eine Abkehr von der stationären hin zur ambulanten Versorgung psychiatrischer PatientInnen angestrebt wird, überraschend. So besteht grundsätzlich ein breiter Konsens darüber, dass eine moderne, wohnortnahe Versorgung, die auch psychiatrische Institutsambulanzen beinhaltet, der stationären Behandlung in traditionellen großen psychiatrischen Kliniken in vielen Fällen vorzuziehen ist [14]. Die Entwicklung des Indikators folgt allerdings dem langfristigen Trend des Aufbaus von Kapazitäten im vollstationären Bereich der Versorgung. Nach Angaben des statistischen Amtes der Europäischen Union (Eurostat) hat die Zahl der psychiatrischen Betten je 100 000 Einwohner in Deutschland zwischen 2007 und 2015 von 110,1 auf 127,3 zugenommen [28]. Beide betrachteten Indikatoren folgen einem relativ gleichmäßigen Trend über den gesamten Beobachtungszeitraum. Dies deutet darauf hin, dass die Entwicklung der Kapazitäten durch die PEPP-Einführung nicht unmittelbar beeinflusst wurde.

Die zurückgelegte Entfernung zwischen dem Wohn- und Behandlungsort sowie der Anteil nicht im nächstgelegenen Krankenhaus aufgenommener Fälle lassen Rückschlüsse darauf zu, inwieweit sich der Zugang zu stationären psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen räumlich verändert hat und ob eine wohnortnahe Versorgung stattfand. Diese ist für eine enge sektorenübergreifende Zusammenarbeit entscheidend. Ambulante Nachsorge ist aus Sicht des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin einfacher zu organisieren, wenn PatientInnen in einer wohnortnahen Klinik untergebracht sind. Lange Fahrten zur stationären Behandlung könnten zudem auf eine Minderversorgung und/oder Kapazitätsengpässe hindeuten. So stellen für finanziell benachteiligte PatientInnen die Fahrtkosten zu einem weit entfernten Krankenhaus eine Hürde dar. Zudem ist eine wohnortfremde Unterbringung aus PatientInnensicht auch deshalb schwierig, weil Angehörigenbesuche schwieriger zu organisieren sind.

Der Anteil der nicht im nächstgelegenen Krankenhaus aufgenommenen Fälle hat sich auf Bundesebene wenig verändert (−0,7 Prozentpunkte zwischen 2011 und 2015). Allerdings sind starke Schwankungen zwischen den Bundesländern festzustellen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass auf dem Land in zumutbarer Erreichbarkeit häufig nur ein psychiatrisches Krankenhaus verfügbar ist, während es in Metropolregionen und Städten mehrere potenzielle Anlaufstellen für PatientInnen gibt. Hier kann für PatientInnen die Möglichkeit bestehen, eine Einrichtung ihrer Wahl aufzusuchen. Die leicht ansteigende Entwicklung des Indikators könnte zudem durch strukturelle Veränderung beeinflusst sein. Die Fallzahlen in der Psychosomatik bzw. psychotherapeutischen Medizin sind im Beobachtungszeitraum um 19,5 Prozent gestiegen, während die Anzahl der Fälle in der Psych-

iatrie und Psychotherapie von 2011 auf 2015 um vergleichsweise moderate 2,4 Prozent zunahm [7]. Daher ist ein Anstieg des Anteils an PatientInnen, die nicht in der nächstgelegenen Einrichtung behandelt werden, nicht zwangsläufig als Einschränkung im Zugang zur Versorgung zu werten. Vielmehr sind Kliniken, die sich auf eine psychosomatische Behandlung spezialisiert haben, häufig in ländlichen Gegenden gelegen. Hier nehmen PatientInnen durchaus freiwillig längere Fahrtwege auf sich, um in einer ruhigen Atmosphäre behandelt zu werden. Insgesamt liefert die deskriptive Analyse des Indikators keinen Hinweis darauf, dass die Einführung des PEPP-Entgeltsystems einen Einfluss auf die Höhe des Anteils der PatientInnen, die in der nächstgelegene Einrichtung behandelt wurden, hatte.

Die Entfernung der kürzesten Fahrstrecke zwischen Wohn- und Behandlungsort lässt ebenfalls Rückschlüsse darauf zu, ob eine wohnortnahe Versorgung gewährleistet ist. Die deskriptive Analyse über alle Krankenhäuser zeigt, dass die Entfernung, die von PatientInnen vom Wohn- zum Behandlungsort zurückgelegt wurde, über den gesamten Beobachtungszeitraum von 2011 bis 2015 mit einem relativ konstanten Verlauf um insgesamt 9,6 Prozent zugenommen hat. Auch diese Entwicklung ist unter anderem auf den oben beschriebenen Zuwachs an Fallzahlen in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie zurückzuführen. Die differenzierte Betrachtung dieses Indikators nach Strukturgruppen zeigt, dass PatientInnen der stationären Psychosomatik durchschnittlich mehr als vier Mal so weit zu ihrem Behandlungsort fahren als PatientInnen, die stationär in der Psychiatrie aufgenommen werden. Da die Fallzahl in der Psychosomatik im Beobachtungszeitraum besonders stark ansteigt, kann dies die insgesamt weiter zurückgelegten Wege erklären. Die deskriptive Analyse des Indikators zeigt zudem auf, dass hinsichtlich der Fahrtstrecke starke Unterschiede zwischen den Bundesländern festzustellen sind. Die zurückzulegende Strecke zum Behandlungsort ist in ländlichen Regionen deutlich höher und der Zugang zur Behandlung somit tendenziell erschwert.

Die inferenzstatistische Analyse bestätigt den deskriptiven Verlauf des Indikators für die beiden Gruppen. Die für PatientInnen zurückzulegende Entfernung war im Nachzeitraum der PEPP-Einführung über beide Gruppen statistisch signifikant höher als zuvor und PatientInnen optierter Häuser legten eine signifikant kürzere Strecke zurück als die der Kontrollgruppe. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich in der Kontrollgruppe möglicherweise mehr Häuser befinden, die sich auf psychosomatische Therapie spezialisiert haben. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse unter Ausschluss aller Fälle, die mehr als 50 Kilometer zurückgelegt haben, unterstützt ebenfalls diese Überlegung, da der Unterschied in der zurückgelegten Entfernung zwischen den Gruppen statistisch signifikant bleibt. Die inferenzstatistische Analyse zeigt zudem, dass PatientInnen der Optionshäuser im Vergleich zu denen von TGPS-Häusern im Nachzeitraum der PEPP-Einführung rund einen halben Kilometer mehr zurücklegen mussten.

Die Ergebnisse der systematischen Literaturübersicht sind für einen direkten Vergleich mit den hier beschriebenen Auswertungen in Bezug auf die untersuchten Indikatoren sowie das Behandlungsumfeld zu unterschiedlich. Die Literatur bezieht sich hier vor allem auf den ambulanten Versorgungsbereich. Die einzige Studie, die hierzu im stationären Kontext durchgeführt wurde, beschäftigt sich mit den finanziellen Aspekten des Zugangs zur Ver-

sorgung, wobei Zuzahlungen und Gesamtkosten der medizinischen Versorgung im Fokus stehen.

Zum aktuellen Stand der Auswertungen auf Basis der untersuchten Indikatoren kann in der Gesamtschau also keine, im zeitlichen Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystem stehende, Veränderung des Zugangs zur psychiatrischen Versorgung gefunden werden.

5. Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Das folgende Kapitel beschreibt strukturelle Anpassungsprozesse in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Im Rahmen des Kapitels werden jedoch nicht nur Änderungen in den unmittelbar stationären Strukturen (z. B. der Personalausstattung und den Investitionsvolumina), sondern auch mögliche Effekte auf die Struktur der nachgelagerten Leistungserbringung untersucht. Die in Folge der PEPP-Einführung entstehenden Vergütungsänderungen setzen nämlich ggf. auch Anreize, PatientInnen oder Behandlungsinhalte zu anderen Leistungserbringern zu verlagern bzw. vorher von anderen Leistungserbringern erbrachte Leistungsinhalte bereits im Rahmen des stationären Aufenthalts zu erbringen.

Beispielsweise stellt eine Spezialisierung von Krankenhäusern auf bestimmte Behandlungsbereiche und Krankheitsbilder, verbunden mit einer Anpassung von Kapazitäten und dem Aufbau von Know-how, eine mögliche Anpassung der Versorgungsstrukturen dar. Bereits in der Nullpunktmessung wurden Änderungen im Angebotsspektrum psychiatrischer Krankenhäuser unter anderem mit Hilfe der Entwicklung der Anzahl von Krankenhäusern mit psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) beschrieben. Der entsprechende Indikator stellt somit die zeitliche Entwicklung von Einrichtungen dar, die Versorgungsleistungen sowohl ambulant als auch stationär anbieten. Diese Entwicklung wird anhand des verlängerten Berichtzeitraumes im Rahmen des aktuellen Forschungszyklus um die Datenjahre 2013 bis 2015 erweitert.

Das erklärte Ziel von Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V besteht in der Verbesserung der PatientInnenversorgung, u. a. durch eine sektorübergreifende Leistungserbringung. Die Erkenntnisse aus bereits evaluierten Modellprojekten bestätigen sektorübergreifende Verlagerungseffekte. Durch § 64b SGB V ist nun eine einheitliche Dokumentation zu den Inhalten der Modellvorhaben gewährleistet, die eine Grundvoraussetzung für eine bundesweite, wissenschaftliche Evaluation ist (EVA64). Dadurch können die Effektivität, die Kosten und die Effizienz von Verträgen zu innovativen Versorgungssystemen untersucht werden. Es werden dabei die Interventionsgruppen (Modellversorgung) mit der Kontrollgruppe (Regelversorgung, d. h. kein Vertrag nach § 64b SGB V) auf Grundlage von Routinedaten gesetzlicher Krankenkassen verglichen. Vor allem aufgrund der Novelle der Datenbasis liegen aktuell allerdings noch keine abgeschlossenen Evaluationen der Modellvorhaben vor. Der aktuelle Stand ist in Neumann et al. [45] umfassend dokumentiert. Im Folgenden wird der Indikator „Anzahl Modellprojekte“ analysiert, da dieser einen Hinweise auf Veränderungen in der intersektoralen Kooperation und damit auf die Integration von Versorgungsstrukturen geben kann.

Zudem kann die Einführung von PEPP potenziell zu strukturellen Anpassungen oder Verlagerungen zwischen dem DRG- und dem PEPP-Entgeltbereich, insbesondere bei komorbiden PatientInnen, führen. Aufgrund der Tatsache, dass die Anforderungen an die Versorgung somatischer bzw. psychiatrischer und psychosomatischer PatientInnen deutlich unterschiedlich sind, unterscheiden sich auch die Vergütungslogik im DRG- bzw. im PEPP-Entgeltsystem grundsätzlich. Da Morbidität jedoch sowohl somatischer als auch psychosomatischer Natur sein kann, ist die Zuordnung von PatientInnen zum DRG- oder PEPP-Entgeltbereich nicht immer eindeutig und kann sowohl von medizinischen als auch von ökonomischen Faktoren beeinflusst werden. Auch wenn die Zuordnung zu einem Entgeltbereich letztendlich durch die behandelnde Fachabteilung eines Krankenhauses bestimmt wird, ist es im Rahmen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems sinnvoll, Veränderungen in beiden Entgeltbereichen zu messen und zu analysieren. Der ausgewählte Indikator „Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich)“ stellt daher die zeitliche Entwicklung der Häufigkeit von Behandlungen dar, die sowohl medizinisch als auch administrativ an der Schnittstelle zwischen somatischer und psychiatrischer Versorgung stattfinden (z. B. im DRG-Entgeltbereich abgerechnete PatientInnen mit psychischen Komorbiditäten).

Rehabilitationseinrichtungen, die als Teil der gesamten Versorgungskette häufig im Nachgang zu stationären Aufenthalten durch die PatientInnen in Anspruch genommen werden, können ebenfalls zumindest indirekt durch die Einführung des PEPP-Entgeltsystems betroffen sein. Beispielsweise können geänderte ökonomische Rahmenbedingungen in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung Veränderungen bei Entlassungen oder Verlegungen von Krankenhäusern in Rehabilitationseinrichtungen nach sich ziehen. Da mögliche strukturelle Anpassungen vor dem Hintergrund der Sicherstellung einer umfassenden und ausreichenden Versorgung im Rehabilitationssektor untersucht werden müssen, wird im Folgenden die Anzahl an Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) im Zeitverlauf analysiert.

Ergänzend werden auch die Ausgaben für die Soziotherapie betrachtet, um den Umfang der entsprechend erbrachten Versorgungsleistungen zu approximieren. Die Soziotherapie ist eine ambulante Behandlung, die psychisch Kranken hilft, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen. Auch wenn Soziotherapie nicht durch das PEPP-Entgeltsystem vergütet wird, könnte ihr Umfang indirekt durch strukturelle Verlagerungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor beeinflusst werden. Ebenso wie nachgelagerte Versorgungseinrichtungen wie Rehabilitationseinrichtungen oder potentiell substituierende Versorgungsbereiche wie der DRG-Entgeltbereich, so können komplementäre bzw. ambulante Versorgungsbereiche von der Einführung des PEPP-Entgeltsystems für die psychiatrische stationäre Versorgung betroffen sein. Daher werden – zusätzlich zu den oben genannten Indikatoren – auch die Entwicklung der Anzahl der Tage mit Konsultationen und der Fallzahlen in psychiatrischen Institutsambulanzen untersucht.

Die folgenden empirischen Untersuchungen erfolgen einerseits auf Basis von Daten aus der Krankenhausbefragung, andererseits auf Basis von Sekundärdaten wie den aggregierten

Leistungsdaten der Krankenhäuser (Datengrundlage gemäß § 21 KHEntgG), Daten des Statistischen Bundesamtes, Daten der KJ1-Statistik des BMG und Daten der Gesetzlichen Krankenkassen (Datengrundlage gemäß § 295 und § 301). Für einzelne Indikatoren des Unterkapitels 5.1 konnte für zusätzliche inferenzstatistische Analysen auf fallbezogene Leistungsdaten der Krankenhäuser (gemäß § 21 KHEntgG) zurückgegriffen werden. Im Fokus dieses Endberichts stehen die Datenjahre 2011 bis 2015, d. h. die Zeit vor und nach der (optionalen) Einführung des PEPP-Entgeltsystems. Zur Zählung der Modellprojekte werden die gemeldeten Vertragsdaten an das InEK verwendet.

Neben einer Beschreibung der beobachteten Entwicklung der Indikatoren wird im Rahmen von inferenzstatistischen Analysen für ausgewählte Indikatoren erörtert, ob und in welcher Größenordnung sich etwaige Veränderungen bei der Entwicklung der Indikatoren nach dem Zeitpunkt der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in 2013 vor allem auf die Gruppe von Krankenhäusern konzentriert, die für eine Abrechnung nach dem PEPP-Entgeltsystem optiert haben. Hierfür kann der Umstand genutzt werden, dass sowohl Beobachtungen aus Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Abrechnung von PEPPs optiert haben (Quasi-Experimentalgruppe), als auch aus Einrichtungen, die im Beobachtungszeitraum weiterhin TGPS abgerechnet haben (Kontrollgruppe), für die Jahre 2011 bis 2015 vorliegen und deren Entwicklungen miteinander verglichen werden können (s. Kapitel 3). Die Struktur der verbalen Interpretation der Ergebnisse ist dabei an das methodische Vorgehen angelehnt und enthält für jeden ausgewählten Indikator i. d. R. drei Komponenten: 1) Beschreibung des generellen Unterschieds zwischen den Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und den Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung; 2) Beschreibung des generellen Unterschieds zwischen den Jahren 2011 bis 2012 und den Jahren 2013 bis 2015; 3) Beschreibung des speziellen Effekts für Krankenhäuser mit PEPP-Abrechnung nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in den Jahren 2013 bis 2015.

5.1. Versorgungs- und Leistungsstrukturen des stationären Sektors

Deskriptive Analyse der Primärdaten

Für die an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen zeigte sich insgesamt, dass in Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 optiert haben, im Mittel weniger ÄrztInnen beschäftigt wurden als in Krankenhäusern, die im selben Zeitraum nicht optiert haben. Insgesamt werden in den Optionshäusern über die betrachteten Jahre im Durchschnitt 30,0 ÄrztInnen beschäftigt, in Nicht-Optionshäusern sind dagegen ÄrztInnenestellen mit 32,6 Vollzeitäquivalenten (VÄ) p. a. besetzt (s. Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1.: Mittlere Anzahl beschäftigter ÄrztInnen

Qualifikation	2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
insgesamt					
(n = 70)	zusammen	30,7	31,5	31,7	31,3
(n = 37)	nein*	31,8	32,8	33,3	32,6
(n = 32)	ja	29,6	30,3	30,0	30,0
Facharzt					
(n = 67)	zusammen	15,0	15,1	14,9	15,0
(n = 34)	nein*	15,4	15,9	16,4	15,9
(n = 32)	ja	14,5	14,4	13,5	14,1
FA Psychiatrie					
(n = 55)	zusammen	12,6	12,7	12,3	12,5
(n = 31)	nein*	11,5	12,3	12,4	12,1
(n = 24)	ja	13,7	13,1	12,2	13,0
psychother. ZQ					
(n = 44)	zusammen	5,6	5,5	5,4	5,5
(n = 26)	nein*	5,2	5,3	5,5	5,3
(n = 18)	ja	6,0	5,7	5,3	5,6
ÄrztInnen in Weiterbild.					
(n = 65)	zusammen	14,0	15,0	15,2	14,7
(n = 33)	nein*	13,9	14,4	14,8	14,4
(n = 32)	ja	14,2	15,6	15,5	15,1

Anm.: Die MitarbeiterInnenzahl wird in Vollzeitäquivalenten angegeben. * = Die Personalzahlen sind an die Bettenanzahlen der Optionshäuser adjustiert..
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Dieser Unterschied zeigt sich teilweise auch bei der Betrachtung der Anzahl in den Jahren 2013 bis 2015 durchschnittlich beschäftigter ÄrztInnen, getrennt nach Qualifikation. Auch bei den FachärztInnen tritt er deutlich in Erscheinung (14,1 vs. 15,9 VÄ p. a.). Bei den FachärztInnen für Psychiatrie und den ÄrztInnen in Weiterbildung sind in den Optionshäusern mehr ÄrztInnen beschäftigt als in den Nicht-Optionshäusern (13,0 vs. 12,1 VÄ p. a. bzw. 15,1 vs. 14,4 VÄ p. a.). Zusätzlich tritt ein weiterer Effekt auf, wonach in den Optionshäusern über die betrachteten Jahre eine leichte – aber kontinuierliche – Abnahme des Stellenumfangs bei Ärzten realisiert wird und in den Nicht-Optionshäusern eine leichte – aber kontinuierliche – Zunahme der ÄrztInnenstellen. Bei den FachärztInnen für Psychiatrie, z. B., fallen die Beschäftigtenzahlen in den Optionshäusern von 13,7 über 13,1 auf 12,2 VÄ p. a. ab, wohingegen sie in den Nicht-Optionshäusern gleichzeitig von 11,5 über 12,3 auf 12,4 VÄ p. a. ansteigen. Die Betrachtung beider Tendenzen zeigt eine Angleichungsbewegung auf, die auch bei den ÄrztInnen mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation zu finden ist.

Tabelle 5.2.: Mittlere Anzahl beschäftigter Diplom-PsychologInnen

Qualifikation	2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
insgesamt					
(n = 65)	zusammen	12,6	12,8	13,5	13,0
(n = 34)	nein*	13,5	13,6	14,3	13,8
(n = 30)	ja	11,8	12,1	12,8	12,2
Psycholog. Psychother.					
(n = 51)	zusammen	5,3	5,3	5,4	5,4
(n = 29)	nein*	4,5	4,6	4,9	4,7
(n = 22)	ja	6,2	6,0	6,0	6,1
Psycholog. Psychother. i.A.					
(n = 50)	zusammen	3,1	3,1	3,5	3,2
(n = 26)	nein*	3,5	3,4	3,3	3,4
(n = 21)	ja	2,7	2,8	3,8	3,1
Dipl.-Psych. o. psychother. Ausb.					
(n = 46)	zusammen	4,8	5,0	5,2	5,0
(n = 26)	nein*	5,4	6,1	6,6	6,1
(n = 20)	ja	4,2	3,8	3,8	3,9

Anm.: Die MitarbeiterInnenzahl wird in Vollzeitäquivalenten angegeben. * = Die Personalzahlen sind an die Bettenanzahlen der Optionshäuser adjustiert.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

In Bezug auf Diplom-PsychologInnen[13] finden sich deutliche Unterschiede in der Personalausstattung zwischen Options- und Nicht-Optionshäusern. Insgesamt waren in den Jahren 2013 bis 2015 in Nicht-Optionshäusern durchschnittlich mehr Diplom-PsychologInnen beschäftigt als in Optionshäusern (13,8 vs. 12,2 VÄ p. a., s. Tabelle 5.2). Entgegen diesem Gesamtergebnis sind psychologische PsychotherapeutInnen in Optionshäusern mit 6,1 VÄ p. a. deutlich häufiger vertreten als in Nicht-Optionshäusern mit 4,7 VÄ p. a. Diplom-PsychologInnen ohne psychotherapeutische Zusatzausbildung werden dagegen häufiger in Nicht-Optionshäusern beschäftigt als in Optionshäusern (6,1 vs. 3,9 VÄ p. a.). Eine Angleichungsbewegung findet über die Jahre zwischen Optionshäusern und Nicht-Optionshäusern bei den psychologischen PsychotherapeutInnen in Ausbildung statt (2,7; 2,8 und 3,8 VÄ p. a. vs. 3,5; 3,4 und 3,3 VÄ p. a.).

[13] Diplom- bzw. Masterabschlüsse werden in den Kliniken als gleichwertig behandelt.

Tabelle 5.3.: Mittlere Anzahl der in neuen Berufsgruppen Beschäftigten

„neue“ Berufsgruppen	2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
Kodierfachkräfte					
(n = 49)	zusammen	1,64	1,84	2,19	1,89
(n = 24)	nein*	1,76	1,94	2,50	2,07
(n = 25)	ja	1,52	1,73	1,88	1,71
Medizinische DokumentarInnen					
(n = 29)	zusammen	0,67	0,77	0,80	0,75
(n = 16)	nein*	0,66	0,80	0,95	0,80
(n = 13)	ja	0,69	0,73	0,65	0,69
Dokumentations-assistentInnen					
(n = 33)	zusammen	0,58	0,79	1,01	0,79
(n = 17)	nein*	0,76	0,98	1,30	1,02
(n = 15)	ja	0,40	0,60	0,71	0,57
StationssekretärInnen/Stations-assistentInnen					
(n = 41)	zusammen	2,48	2,84	2,92	2,74
(n = 21)	nein*	2,09	2,53	2,74	2,45
(n = 20)	ja	2,87	3,14	3,10	3,04
FallmanagerInnen inkl. Entlass- und Überleitungsmanagement					
(n = 27)	zusammen	1,29	1,50	1,57	1,45
(n = 16)	nein*	0,46	0,56	0,71	0,57
(n = 11)	ja	2,11	2,45	2,43	2,33
MitarbeiterInnen Logistik / Materialwirtschaft / Service zur Entlastung der Pflege					
(n = 28)	zusammen	5,49	5,44	6,11	5,68
(n = 17)	nein*	1,73	1,61	2,90	2,08
(n = 11)	ja	9,25	9,27	9,32	9,28
MitarbeiterInnen in anderen neuen Berufsfeldern					
(n = 30)	zusammen	0,34	0,28	0,36	0,33
(n = 19)	nein*	0,40	0,31	0,37	0,36
(n = 11)	ja	0,28	0,25	0,35	0,29

Anm.: Die MitarbeiterInnenzahl wird in Vollzeitäquivalenten angegeben. * = Die Personalzahlen sind an die Bettenanzahlen der Optionshäuser adjustiert.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Zwischen Optionshäusern und Nicht-Optionshäusern bestehen deutliche Unterschiede bei der Beschäftigung von MitarbeiterInnen in den „neuen“ Berufsgruppen. Kodierfachkräfte, Medizinische DokumentarInnen sowie DokumentationsassistentInnen werden in Nicht-Optionshäuser häufiger beschäftigt als in Optionshäusern (2,07 vs. 1,71 MitarbeiterInnen, 0,80 vs. 0,69 MitarbeiterInnen und 1,02 vs. 0,57 MitarbeiterInnen, s. Tabelle 5.3). Umgekehrt werden StationssekretärInnen bzw. StationsassistentInnen, FallmanagerInnen sowie MitarbeiterInnen aus der Logistik, der Materialwirtschaft und dem Service in Options-

häusern teilweise sehr viel häufiger beschäftigt als in Nicht-Optionshäusern (3,04 vs. 2,45 MitarbeiterInnen, 2,33 vs. 0,57 MitarbeiterInnen und 9,28 vs. 2,08 MitarbeiterInnen). Mit wenigen Ausnahmen nehmen die Beschäftigtenzahlen der hier betrachteten Berufsgruppen über den betrachteten Zeitraum 2013 bis 2015 jährlich zu.

Tabelle 5.4.: Mittlere Anzahl VerwaltungsmitarbeiterInnen

Bereich	2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
Verwaltungsmitarbeiter					
(n = 54)	zusammen	33,6	33,8	34,5	34,0
(n = 27)	nein*	35,7	35,5	36,2	35,8
(n = 27)	ja	31,4	32,2	32,7	32,1
davon Finanzen					
(n = 49)	zusammen	13,1	11,9	12,0	12,3
(n = 22)	nein*	11,1	11,0	11,5	11,2
(n = 27)	ja	15,1	12,8	12,6	13,5
davon Personal					
(n = 46)	zusammen	5,8	5,8	5,9	5,9
(n = 22)	nein*	5,0	5,2	5,1	5,1
(n = 24)	ja	6,6	6,4	6,8	6,6
davon IT					
(n = 42)	zusammen	5,3	5,4	5,7	5,5
(n = 21)	nein*	4,9	4,9	5,1	5,0
(n = 21)	ja	5,7	6,0	6,2	6,0
davon Medizincontroller					
(n = 43)	zusammen	1,4	2,0	1,8	1,7
(n = 21)	nein*	1,6	1,8	1,8	1,7
(n = 22)	ja	1,2	2,1	1,8	1,7

Anm.: Die MitarbeiterInnenzahl wird in Vollzeitäquivalenten angegeben. * = Die Personalzahlen sind an die Bettenanzahlen der Optionshäuser adjustiert.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Insgesamt werden in den Verwaltungen der Nicht-Optionshäuser mehr MitarbeiterInnen beschäftigt als in den Optionshäusern (35,8 vs. 32,1 MitarbeiterInnen, s. Tabelle 5.4). In drei der vier differenziert erhobenen Verwaltungsbereiche übersteigen die Beschäftigtenzahlen der Optionshäuser die der Nicht-Optionshäuser. Dazu zählen die Bereiche Finanzen (13,5 vs. 11,2 MitarbeiterInnen), Personal (6,6 vs. 5,1 MitarbeiterInnen) und der IT-Bereich (6,0 vs. 5,0 MitarbeiterInnen). Über die Jahre 2013 bis 2015 nimmt die Anzahl der Beschäftigten im Bereich Finanzen in den Optionshäusern kontinuierlich ab (15,1, 12,8 und 12,6 MitarbeiterInnen). Im IT-Bereich zeigt sich die gegenläufige Entwicklung – mit jährlich zunehmenden Beschäftigtenzahlen (5,7, 6,0 und 6,2 MitarbeiterInnen). Im Verlauf der betrachteten Jahre 2013 bis 2015 nehmen die MitarbeiterInnenzahlen über den gesamten Verwaltungsbereich betrachtet kontinuierlich zu.

Tabelle 5.5.: Anzahl ausgelagerter Verwaltungsbereiche

Bereich	2013-2015 optiert	Häufigkeit	Prozent	Anteil ja nein
Essensversorgung	zusammen	19	25,7	
	nein	9	12,2	47,4
	ja	10	13,5	52,6
Reinigung	zusammen	17	23,0	
	nein	9	12,2	52,9
	ja	8	10,8	47,1
Haustechnik	zusammen	7	9,5	
	nein	4	5,4	57,1
	ja	3	4,1	42,9
IT-Bereich	zusammen	8	10,8	
	nein	3	4,1	37,5
	ja	5	6,8	62,5
Controlling	zusammen	5	6,8	
	nein	1	1,4	20,0
	ja	4	5,4	80,0
Finanzbuchhaltung	zusammen	6	8,1	
	nein	2	2,7	33,3
	ja	4	5,4	66,7
sonstige	zusammen	12	16,2	
	nein	6	8,1	50,0
	ja	6	8,1	50,0
insgesamt	zusammen	74	100,0	
	nein	34	45,9	45,9
	ja	40	54,1	54,1

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Einige Einrichtungen haben einzelne Bereiche im betrachteten Zeitraum ausgelagert. Am häufigsten war dies der Bereich der Essensversorgung mit 19 Fällen (25,7 Prozent, s. Tabelle 5.5). Ebenfalls relativ häufig wurden die Reinigung (23,0 Prozent) und sonstige Bereiche (16,2 Prozent) ausgelagert. 23 Einrichtungen geben an – ein bis sieben, insgesamt 74 und im Mittel 3,2 – Verwaltungsbereiche ausgelagert zu haben, Optionshäuser im Durchschnitt etwas häufiger als Nicht-Optionshäuser (3,6 vs. 2,8 Bereiche bzw. als Anteil 54,1 vs. 45,9 Prozent). Diese Tendenz tritt besonders im Controlling und im IT-Bereich deutlich auf (80,0 vs. 20,0 bzw. 62,5 vs. 37,5 Prozent).

Mit Bezug auf Veränderungen in den Steuerungsprozessen der Krankenhäuser gaben 28 Einrichtungen an (40,6 Prozent, n = 69), in den Jahren 2013 bis 2015 wesentliche Entwicklungen im nicht-medizinischen Bereich durchgeführt zu haben (Angaben von 15 Optionshäusern und 13 Nicht-Optionshäusern). Diese 28 Einrichtungen gaben an, 44 Veränderungen mit Bezug zur PEPP-Umstellung vorgenommen zu haben (27 vs. 17 für Optionshäuser und Nicht-Optionshäuser). Genannt wurden Änderungen u. a. im Berichtswesen, im Medizincontrolling und Vorbereitungen auf die PEPP-Umstellung in beiden Gruppen.

Die höchsten Investitionen werden für Neubauten und Gebäude allgemein aufgewendet. In den Jahren 2013 bis 2015 wurden dafür durchschnittlich 4,9 bzw. 3,2 Mio. Euro pro Haus und Jahr in den befragten Einrichtungen investiert (s. Tabelle 5.6). Weiterhin bedeutend

waren die Investitionen für Um- und Erweiterungsbauten sowie für Medizintechnik mit 0,8 bzw. 0,14 Mio. Euro. In den Nicht-Optionshäusern war das mittlere Investitionsvolumen über die betrachteten Jahre für Gebäude, Neubauten, Um- und Erweiterungsbauten, Medizintechnik und IT-Hardware deutlich höher als in den Optionshäusern. Dabei ist zu beachten, dass die Investitionsvolumina für Optionshäuser und Nicht-Optionshäuser bei Gebäuden, Neubauten und Medizintechnik für das Jahr 2015 annähernd das gleiche Niveau erreichen, obwohl sich diese im Jahr 2013 teilweise noch um den Faktor 10 voneinander unterschieden.

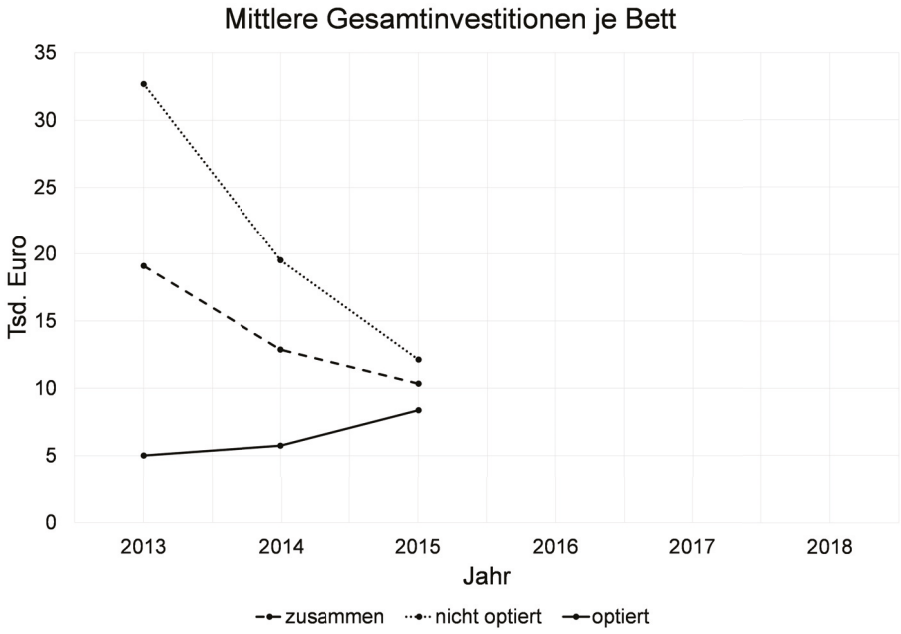
Tabelle 5.6.: Durchschnittliches Investitionsvolumen (in Tsd. Euro)

Gegenstand	2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
Gebäude					
(n = 28)	zusammen	4 535	2 247	2 862	3 215
(n = 13)	nein*	8 240	3 051	2 972	4 754
(n = 15)	ja	830	1 444	2 752	1 675
Neubauten					
(n = 15)	zusammen	5 023	3 489	6 140	4 884
(n = 8)	nein*	9 154	4 429	6 013	6 532
(n = 7)	ja	892	2 548	6 266	3 236
Um- und Erweiterungsbauten					
(n = 25)	zusammen	1 205	641	698	848
(n = 13)	nein*	1 994	961	1 029	1 328
(n = 12)	ja	415	321	368	368
Medizintechnik					
(n = 35)	zusammen	126	143	153	141
(n = 18)	nein*	143	205	156	168
(n = 17)	ja	109	80	150	113
IT-Software					
(n = 39)	zusammen	90	70	75	79
(n = 21)	nein*	81	77	76	78
(n = 18)	ja	99	63	74	79
IT-Hardware					
(n = 41)	zusammen	99	87	85	91
(n = 21)	nein*	146	116	124	129
(n = 20)	ja	53	58	46	52
sonstige					
(n = 41)	zusammen	481	392	458	444
(n = 22)	nein*	528	538	523	529
(n = 19)	ja	435	245	394	358

Anm.: * = Die Investitionsbeträge sind an die Bettenanzahlen der Optionshäuser adjustiert.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Werden die Gesamtinvestitionen der Häuser auf die jeweiligen Bettenkapazitäten bezogen, dann fallen die Gesamtinvestitionen je Bett über die Jahre im Mittel von 19,1 Tsd. Euro je Bett im Jahr 2013 über 12,9 Tsd. Euro je Bett im Jahr 2014 auf 10,3 Tsd. Euro je Bett im Jahr 2015 (s. Abbildung 5.1). In Nicht-Optionshäusern wird von einem hohen Ausgangsniveau ausgehend ein starker Rückgang deutlich (32,7; 19,5; 12,1 Tsd. Euro je Bett),

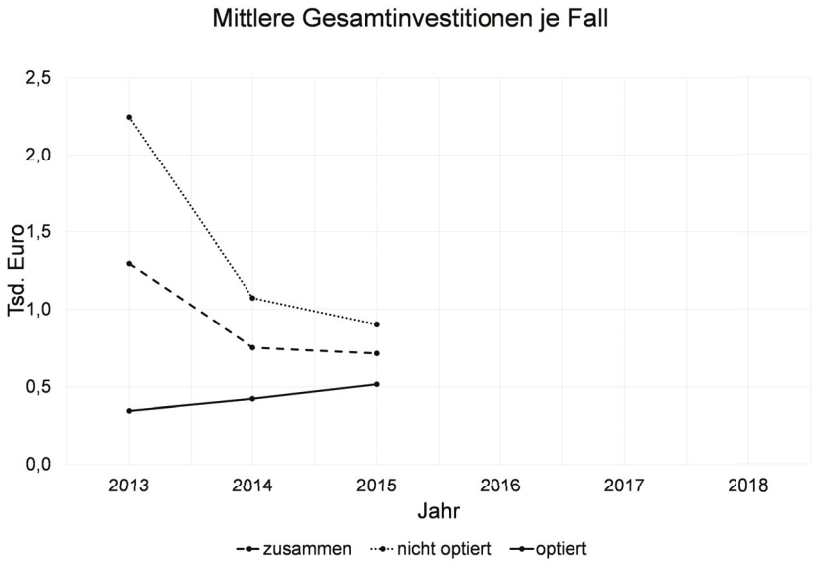
wohingegen in Optionshäusern auf niedrigem Niveau ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist (5,0; 5,7; 8,4 Tsd. Euro je Bett).



Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 5.1.: Mittlere Gesamtinvestitionen je Bett

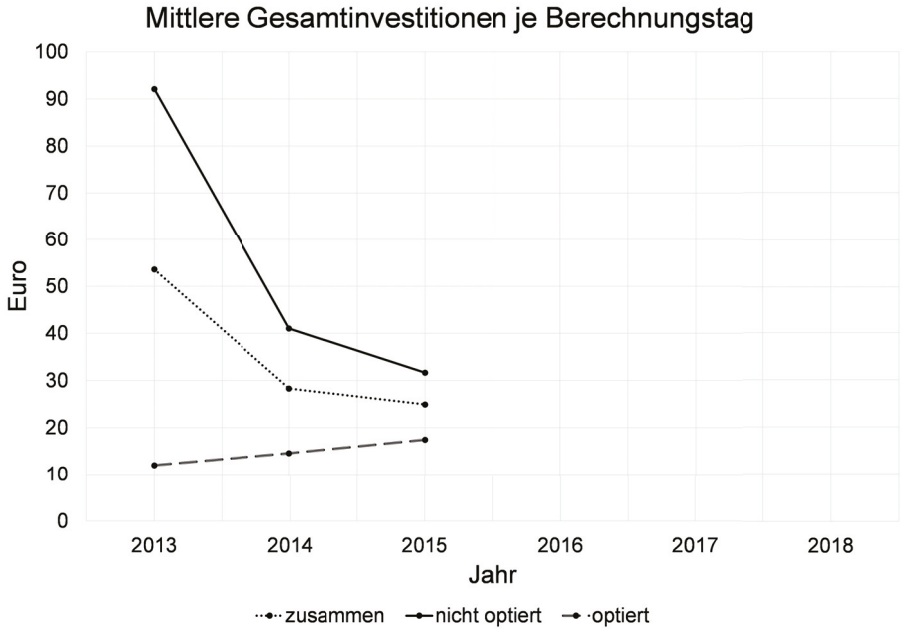
Bezogen auf die jeweiligen Fallzahlen stellen sich die getätigten Investitionen in ähnlicher Weise dar wie bei den Gesamtinvestitionen je Bett (s. o.).



Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 5.2.: Mittlere Gesamtinvestitionen je Fall

Bezogen auf Berechnungstage zeigt sich dasselbe Investitionsmuster (s. Abbildung 5.3) wie bei den o. g. Betten- und Fallzahlen. Insgesamt fallen die mittleren Investitionen je Berechnungstag von 53,6 Euro im Jahr 2013 über 28,3 Euro im Jahr 2014 auf 24,9 Euro im Jahr 2015. In Nicht-Optionshäusern fallen die mittleren Investitionen je Berechnungstag von einem hohen Ausgangsniveau über die Jahre stark ab (92,1 Euro; 41,1 Euro; 31,7 Euro). In Optionshäusern steigen die mittleren Investitionen je Berechnungstag auf niedrigem Niveau leicht an (12,0 Euro; 14,6 Euro; 17,4 Euro).



Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 5.3.: Mittlere Gesamtinvestitionen je Berechnungstag

Die in den Einrichtungen installierten IT-Strukturen wurden, mit einer Ausnahme, in den Optionshäusern deutlich stärker ausgebaut als in den Nicht-Optionshäusern. Dieses Muster findet sich bei der Anzahl der PC-Arbeitsplätze (268 vs. 193), der Anzahl der Benutzeraccounts (350 vs. 262) und der persistierenden Speicherkapazität (258 tB vs. 13 tB, s. Tabelle 5.7). Entgegengesetzt dazu verhält es sich mit der Anzahl betriebener Serversysteme (21 vs. 39)[14]. Bei den Nicht-Optionshäusern lassen sich bei allen abgefragten IT-Strukturmerkmalen durchgängig leichte Zuwächse über die Jahre erkennen. Diese Systematik ist in den Angaben der Optionshäuser nicht durchgängig zu erkennen; die Verläufe sind uneinheitlich. Kontinuierliche Zuwächse gibt es bei der Anzahl der Benutzeraccounts (336, 347 und 366) und der Anzahl der Serversysteme (19, 21, 22), kontinuierliche Minderungen bei der persistierenden Speicherkapazität (271 tB, 258 tB und 244 tB). Die Anzahl der PC-Arbeitsplätze variiert unsystematisch in einem engen Bereich (260 bis 272).

[14] Bei der Gegenüberstellung von Options- und Nicht-Optionshäusern ist zu berücksichtigen, dass die IT-Strukturmerkmale von der Anzahl der MitarbeiterInnen in der jeweiligen Einrichtung abhängig ist. Insofern lassen sich nur die Entwicklungen innerhalb der jeweiligen Gruppe über die betrachteten Jahre hinweg, nicht aber grundsätzliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen interpretieren.

Tabelle 5.7.: IT-Infrastruktur

	2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
Anzahl PC-Arbeitsplätze					
(n = 38)	zusammen	227	233	238	233
(n = 14)	nein*	182	193	205	193
(n = 24)	ja	272	260	271	268
Anzahl User (Benutzeraccounts)					
(n = 34)	zusammen	287	306	325	306
(n = 13)	nein*	237	265	285	262
(n = 21)	ja	336	347	366	350
Persistierender Speicher [tB]					
(n = 23)	zusammen	138	136	132	135
(n = 7)	nein*	5	14	20	13
(n = 16)	ja	271	258	244	258
Anzahl Serversysteme					
(n = 33)	zusammen	26	31	32	30
(n = 10)	nein*	33	40	42	39
(n = 23)	ja	19	21	22	21

Anm.: Angabe von Mittelwerten. * = Die Angaben sind an die Bettenanzahlen der Optionshäuser adjustiert.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

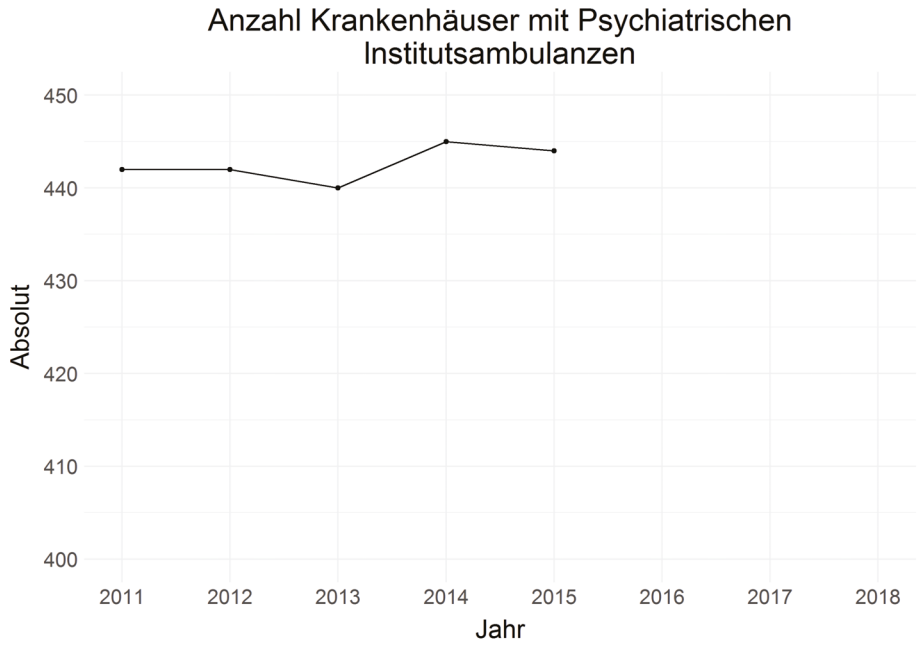
Bei der Anwendung von Software ist der Realisierungsgrad in den Optionshäusern durchgängig höher als in den Nicht-Optionshäusern (s. Tabelle 5.8). Bei der Nutzung eines KIS-Systems bzw. eines PEPP-Groupers wurde bis zum Jahr 2015 in allen Optionshäusern eine vollständige Sättigung von 100 Prozent erreicht. Kodiersoftware wurde im Jahr 2015 von 94,1 Prozent aller Optionshäuser eingesetzt. Die Einführung der elektronischen PatientInnenakte bleibt hinter diesen Entwicklungen deutlich zurück und steigt bis zum Jahr 2015 auf einen Anteil von 55,9 Prozent aller Optionshäuser und insgesamt auf 49,0 Prozent an.

Tabelle 5.8.: Verwendete Software

	2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
KIS-System					
(n = 49)	zusammen	85,7	85,7	93,9	88,4
(n = 15)	nein	73,3	73,3	80,0	75,6
(n = 34)	ja	91,2	91,2	100,0	94,1
elektronische PatientInnenakte					
(n = 49)	zusammen	38,8	42,9	49,0	43,5
(n = 15)	nein	13,3	20,0	33,3	22,2
(n = 34)	ja	50,0	52,9	55,9	52,9
PEPP-Grouper					
(n = 49)	zusammen	61,7	75,5	93,9	77,0
(n = 15)	nein	53,3	60,0	80,0	64,4
(n = 34)	ja	65,6	82,4	100,0	82,7
Kodiersoftware					
(n = 49)	zusammen	70,8	75,5	87,8	78,0
(n = 15)	nein	60,0	60,0	73,3	64,4
(n = 34)	ja	75,8	82,4	94,1	84,1

Anm.: Angabe von Anteilen in Prozent.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 5.4.: Anzahl Krankenhäuser mit psychiatrischen Institutsambulanzen

Abbildung 5.4 beschreibt die Anzahl der Krankenhäuser mit psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) für die Jahre 2011 bis 2015.[15] Die Anzahl dieser Häuser stieg im Beobachtungszeitraum auf Bundesebene leicht um 2 Häuser auf insgesamt 444. Allerdings sank im gleichen Zeitraum der Anteil der PIA-Krankenhäuser an allen Psych-Krankenhäusern um einen Prozentpunkt , da die Anzahl der Psych-Krankenhäuser insgesamt im Beobachtungszeitraum um 11 Häuser angestiegen ist. Dieser Anstieg erfolgte – zeitlich gesehen – im Wesentlichen (+10 Psych-Krankenhäuser) nach der Einführung des PEPP Entgeltsystems.

In Bezug auf den Anteil der Krankenhäuser, die eine PIA betreiben, ergeben sich auf Bundeslandebene relativ große Unterschiede. In Mecklenburg-Vorpommern stieg der Anteil der Häuser mit einer psychiatrischen Institutsambulanz zwischen 2011 und 2015 um 19,6 Prozentpunkte während im Saarland der Anteil um 17,5 Prozentpunkte zurückging.[16]

Differenziert nach Bettengrößenklasse wird deutlich, dass der Anteil an Krankenhäusern mit psychiatrischen Institutsambulanzen bei Häusern mit einer kleinen Bettenanzahl (bis 49 Betten) deutlich geringer (43,8 Prozent in 2015) ist, als bei Häusern mit einer hohen Anzahl an Betten (600 bis 799 Betten mit 100 Prozent in 2015). Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 erlaubt den interessierten LeserInnen weitere detaillierte deskriptive Analysen zu diesem Indikator unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=601&criterion=Gesamt.

5.2. Integrierte Versorgung und Modellvorhaben

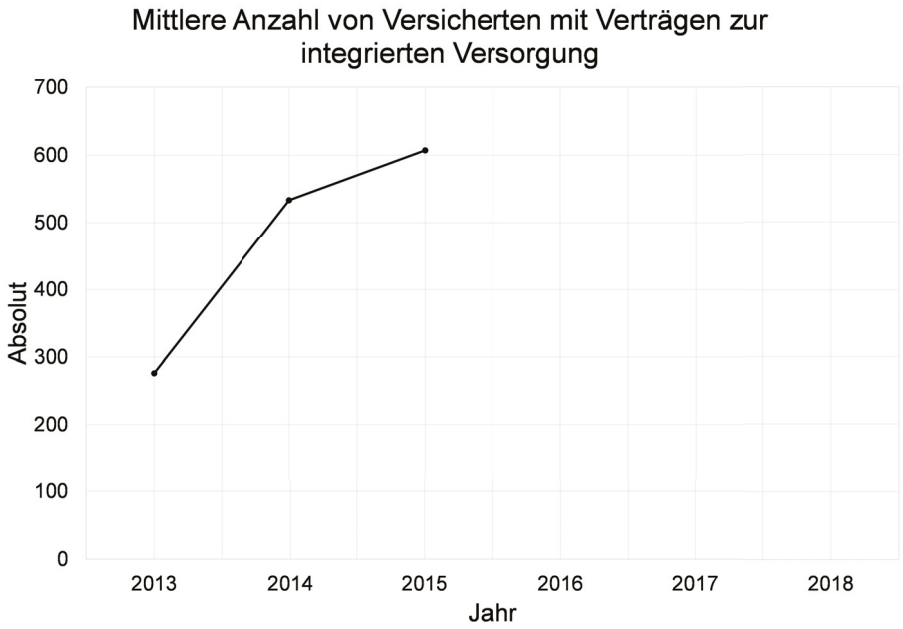
Deskriptive Analyse der Primärdaten

Insgesamt 11 von 26 (42,3 Prozent) Kassen machen Angaben zur Anzahl der Versicherten, die an einem Vertrag zur integrierten Versorgung[17] teilnehmen. Im Jahr 2013 liegt die Anzahl im Mittel bei 276 Versicherten pro Kasse, im Jahr 2014 bei 534 Versicherten und im Jahr 2015 bei 607 Versicherten (s. Abbildung 5.5). Die Ergebnisse der im Fragebogen abgefragten Leistungsinhalte werden wegen zu geringer Fallzahlen nicht berichtet.

[15] Grundsätzlich können sowohl psychiatrische Fachkrankenhäuser als auch Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung eine oder mehrere PIA betreiben, vgl. § 118 SGB V. Es ist zu beachten, dass der Indikator mehrere PIA je Krankenhaus nicht erfasst.

[16] Psychosomatische Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen können per Definition keine PIA betreiben. Dies ist bei der Interpretation der genannten Anteilswerte zu beachten, da diese sowohl im Verhältnis zu allen Psych-Einrichtungen oder alternativ zu allen Psych-Einrichtungen ohne psychosomatische Einrichtungen berechnet werden können und sich dementsprechend das Ausgangsniveau des Quotienten verändert. Im vorliegenden Bericht steht vorrangig die Veränderung des Indikators über die Zeit im Fokus; diese ist unabhängig von der verwendeten Referenzgesamtheit.

[17] Seit 07/2015 wird im entsprechenden Gesetzestext die „Integrierte Versorgung“ unter dem Begrif „Besondere Versorgung“ zusammengefasst.

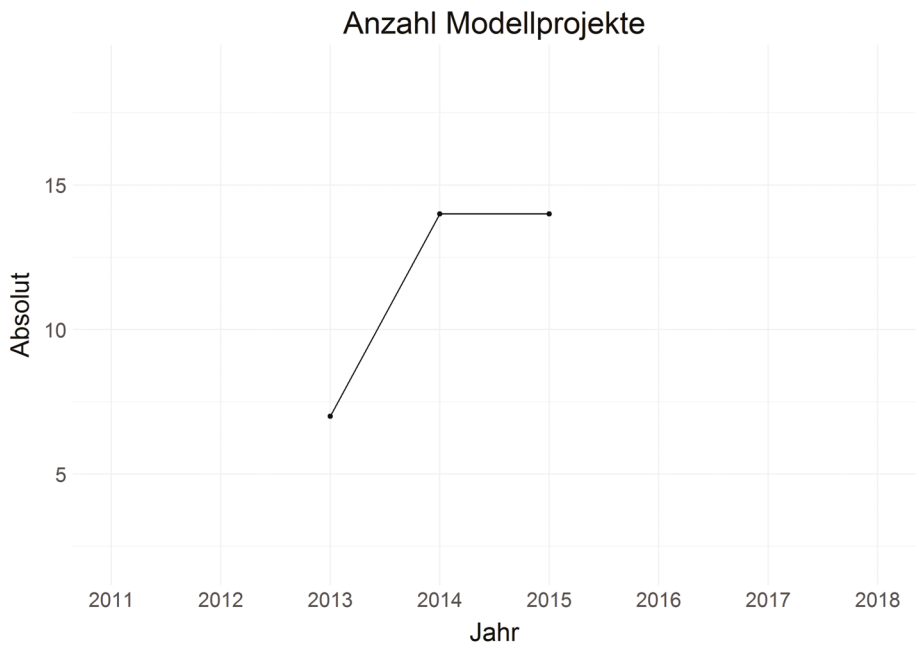


Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

Abbildung 5.5.: Mittlere Anzahl von Versicherten mit Verträgen zur integrierten Versorgung

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

Modellvorhaben nach § 64b SGB V sollen einer Verbesserung der PatientInnenversorgung, insbesondere durch eine sektorübergreifende Leistungserbringung, dienen. Speziell der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie steht bei der Entwicklung neuer Versorgungskonzepte im Fokus. Des Weiteren soll in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen durchgeführt werden, wobei diese auch bundesländerübergreifend angelegt sein können. In der Regel sind Modellvorhaben auf höchstens acht Jahre befristet.



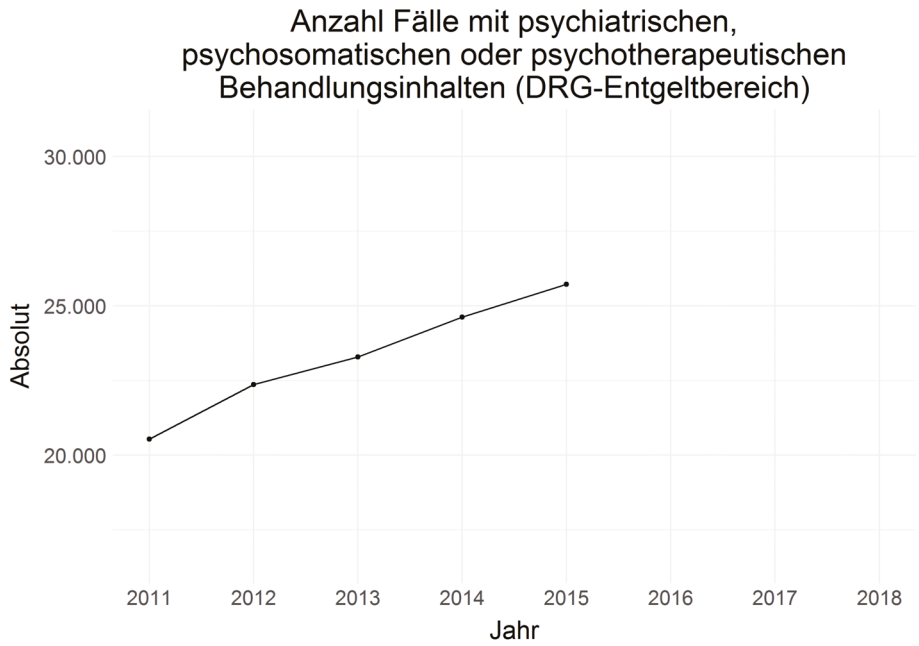
Datenquelle: InEK, Meldungen nach § 64b Abs. 3 SGB V.

Abbildung 5.6.: Anzahl Modellprojekte

Im Zeitraum von 2013 bis 2015 wurden in bis zu acht Bundesländern Modellvorhaben durchgeführt. Lediglich in Sachsen und Thüringen wurden dabei auch Modellvorhaben durchgeführt, die den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie berücksichtigen. Abbildung 5.6 zeigt die Entwicklung der nach § 64b Abs. 3 SGB V gemeldeten Anzahl an laufenden Modellprojekten von 2013 bis 2015. Die Anzahl der Modellprojekte stieg von 7 im Jahr 2013 auf 14 in den Jahren 2014 und 2015 an. Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=7401&criterion=Gesamt online abgerufen werden.

5.3. Verschiebung zwischen DRG und PEPP

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 5.7.: Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich)

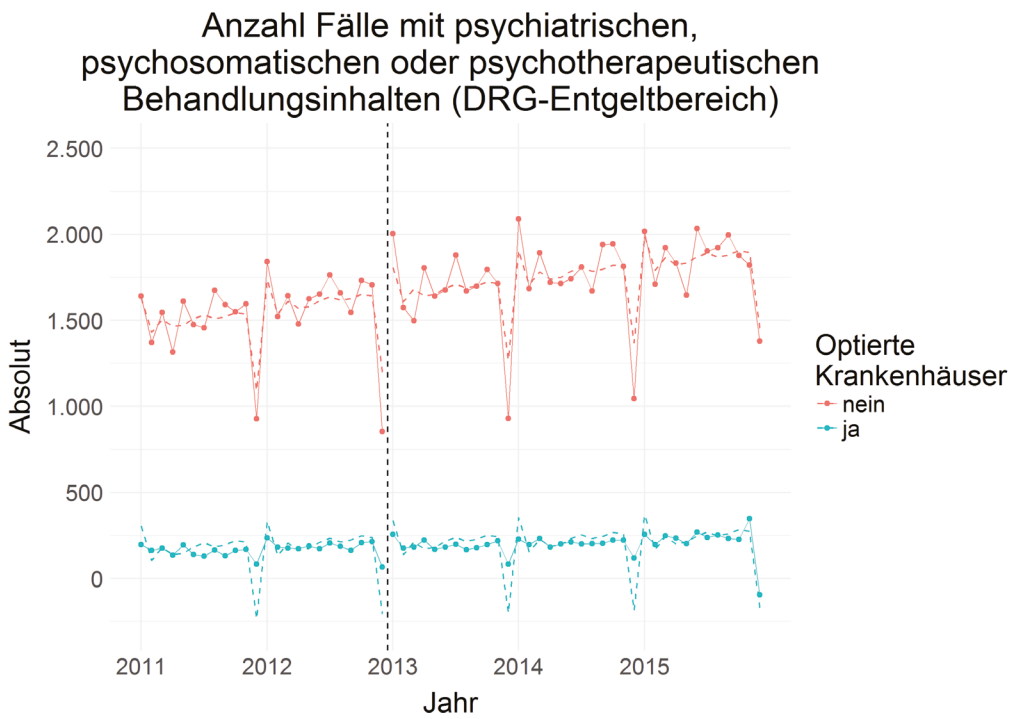
Abbildung 5.7 zeigt für den Zeitraum von 2011 bis 2015 die Anzahl der Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten, für die bestimmte DRG-Entgelte[18] abgerechnet wurden. Die Zahl dieser Fälle stieg von 20 538 in 2011 auf 25 719 in 2015. Dies entspricht einer Zunahme um 5 181 Fälle bzw. um 25,2 Prozent. Zeitgleich stieg die mittlere Verweildauer über alle betrachteten DRGs um 2,4 Tage (+11,0 Prozent) von 21,3 Tagen im Jahr 2011 auf 23,7 Tage im Jahr 2015. Treiber des Anstieges in den Fallzahlen war im Wesentlichen die multimodale Schmerztherapie mit 3 572 zusätzlichen Fällen (+66,5 Prozent). Einzig für die DRG „Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre“ wurde ein Fallzahlrückgang beobachtet (−404 Fälle bzw.−30,6 Prozent).

Auf der Bundeslandebene waren erhebliche Unterschiede festzustellen. Die größten relativen Änderungen konnten in Mecklenburg-Vorpommern (+103 Fälle bzw.+198,1 Prozent) und in Hamburg (−130 Fälle bzw.−25,7 Prozent) beobachtet werden. Am stabilsten zeig-

[18] Die zu untersuchenden DRGs wurden vom Auftraggeber benannt: B46Z - Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems; U40Z - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen; U41Z - Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen; U42Z - Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen; U43Z - Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre; V40Z - Qualifizierter Entzug.

ten sich die Fallzahlen in den Ländern Thüringen (+84 Fälle bzw. +9,8 Prozent) und Saarland (−54 Fälle bzw. −7,2 Prozent). Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=801&criterion=Gesamt abgerufen werden.

Inferenzstatistische Analyse der Sekundärdaten



Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abrechnen (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe (vgl. Kapitel 3.3.4).
Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Abbildung 5.8.: Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich)

Abbildung 5.8 stellt in Ergänzung zur Abbildung 5.7 die zeitliche Entwicklung der Anzahl der Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten im DRG-Entgeltbereich auf Monatsbasis grafisch dar, wobei die tatsächlich beobachteten Fallzahlen der durchgezogenen und die mittels Regression geschätzten Werte der gestrichelten Linie entsprechen. Das Ausgangsniveau der Fallzahl unterscheidet sich zwischen den beiden betrachteten Gruppen deutlich. Die grafische Analyse offenbart außerdem starke saisonale Schwankungen. Insbesondere im Dezember sind durchgängig abnehmende Fallzahlen zu beobachten, die ggf. mit der Tendenz zum Verzicht auf elektive Behandlung in der Nähe der Feiertage zu erklären sind.

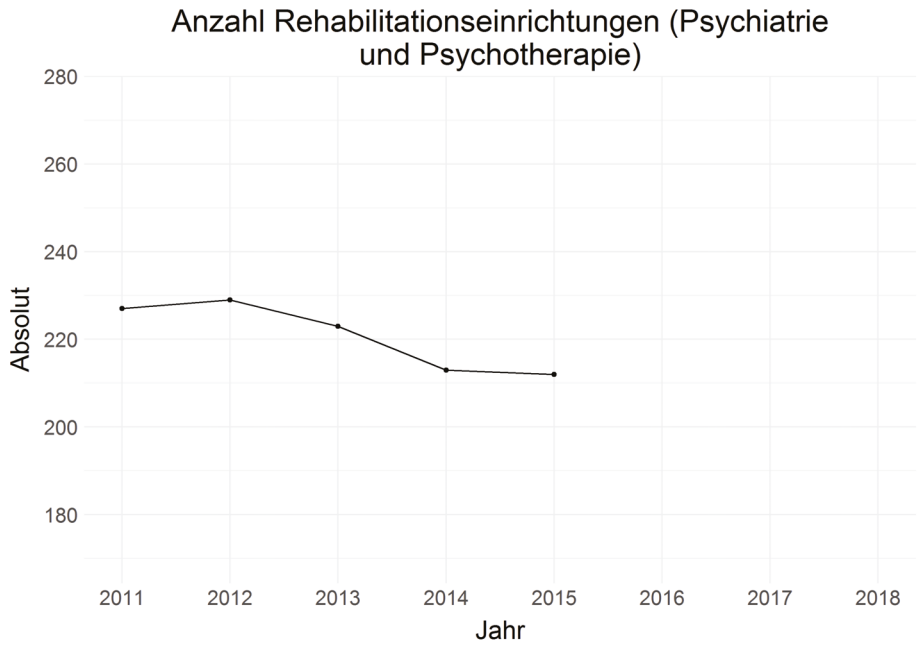
Die grafische Auswertung wird durch die Ergebnisse der Regressionsanalyse ergänzt, die in Tabelle C.9 dargestellt sind. Das Ausgangsniveau der Fallzahl unterscheidet sich deutlich zwischen der Gruppe der Krankenhäuser, die zwischen 2013 und 2015 für die Abrechnung von PEPP optiert haben, und der Gruppe von Häusern, die TGPS abrechnen. Erstere haben monatlich im Durchschnitt 1 365 Fälle weniger ($p < 0{,}001$) als die entsprechende Kontrollgruppe. Über die Zeit ist für beide Gruppen ein Anstieg der Fälle (monatlich +218, $p < 0{,}001$) im Zeitraum von 2013 bis 2015 im Vergleich zur Vorperiode zwischen 2011 und 2012 zu beobachten. Ein spezieller Effekt ist für die Gruppe der PEPP-Optionshäuser in den Jahren 2013 bis 2015 im Vergleich zur Gruppe der TGPS-Häuser zu beobachten: in den PEPP-Häusern ist die Zahl der Fälle, für die die genannten DRG abgerechnet werden, durchschnittlich um monatlich 184 Fälle geringer ($p < 0{,}001$).

Um zu überprüfen, ob die Ergebnisse der Regressionsanalyse möglicherweise auf Unterschiede in der PatientInnenpopulation zwischen den Häusern der Experimental- und Kontrollgruppe zurückzuführen sind, wurde das Modell erweitert und zusätzlich für die ICD-Hauptdiagnosen (zweistellig) der PatientInnen kontrolliert. Die erweiterten Regressionsergebnisse bestätigen den Unterschied im Ausgangsniveau zwischen den Quasi-Experimental- und den Kontrollkrankenhäusern ($p < 0{,}001$). Auch die zeitliche Entwicklung der Fallzahl bleibt im erweiterten Regressionsmodell bestehen ($p < 0{,}05$), ebenso wie der spezielle Effekt für die Gruppe der PEPP-Krankenhäuser nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems ($p < 0{,}001$).

Zusätzlich wurde auch die Zahl der Belegungstage für Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsinhalten im DRG-Entgeltbereich inferenzstatistisch untersucht. Die Regressionsergebnisse der Basisspezifikation zeigen sowohl hinsichtlich des Ausgangsniveaus einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Optionshäusern und der Vergleichsgruppe (erstere haben 23 027 Belegungstage weniger pro Monat; $p < 0{,}001$), als auch einen signifikanten Anstieg der Belegungstage für beide Gruppen im Zeitraum nach der PEPP Einführung (+4 543 Belegungstage; $p < 0{,}001$). Die Regressionsergebnisse zeigen zudem, dass die Optionshäuser in den Jahren 2013 bis 2015 durchschnittlich 4 065 Belegungstage weniger verzeichneten als die TGPS-Vergleichsgruppe im selben Zeitraum ($p < 0{,}001$). Erneut wurde die Basisspezifikation um die zweistelligen ICD-Hauptdiagnosen erweitert, um für mögliche Unterschiede in den PatientInnenpopulationen zwischen den Vergleichsgruppen zu kontrollieren. Die Ergebnisse veränderten sich hierdurch jedoch nicht.

5.4. Reha, Krankenpflege und Soziotherapie

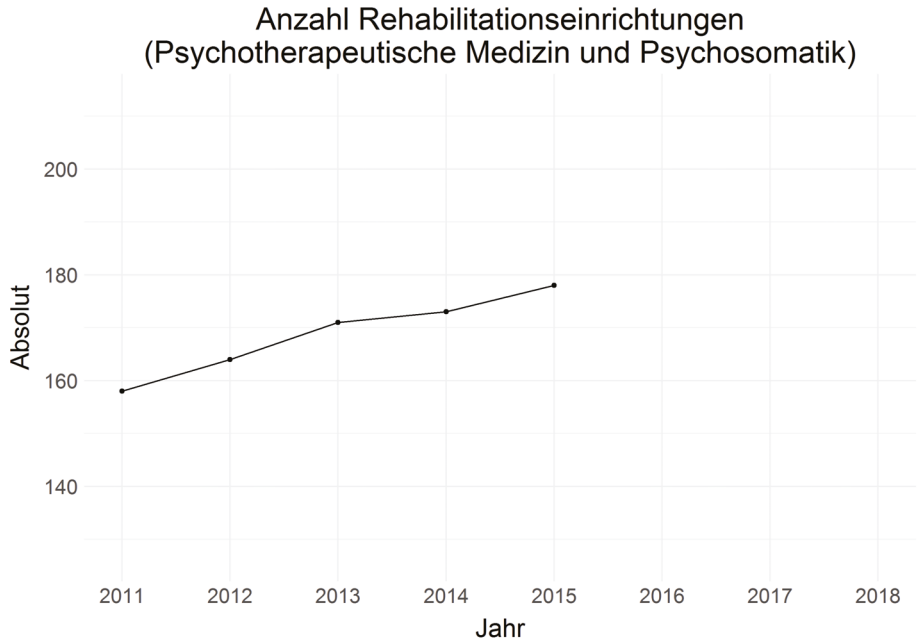
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



Datenquelle: Destatis, Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Fachserie 12 Reihe 6.1.2.

Abbildung 5.9.: Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie)

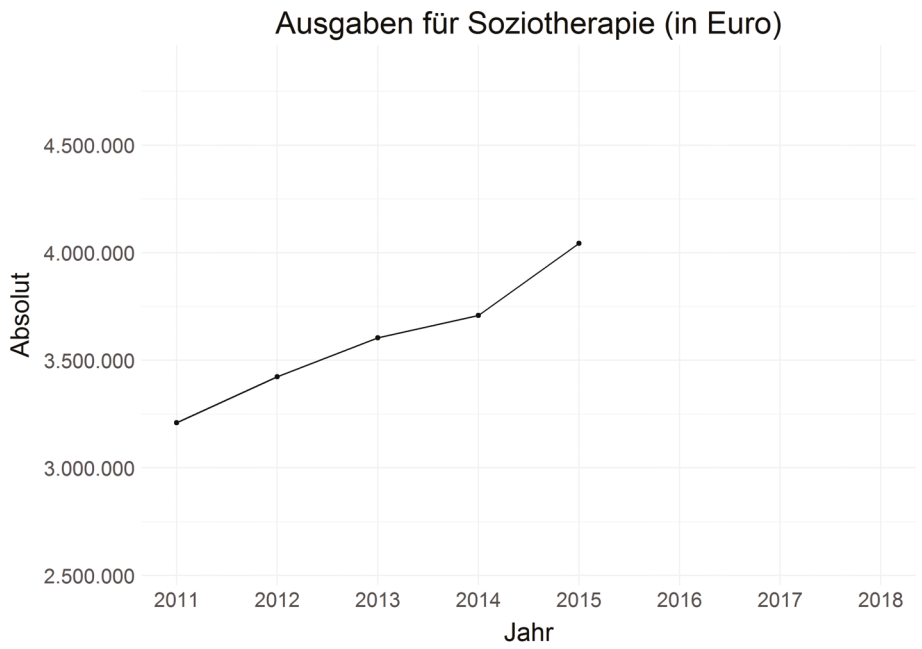
Die Anzahl von Rehabilitationseinrichtungen mit der Fachabteilung „Psychiatrie und Psychotherapie“ erhöhte sich im Zeitraum vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems leicht von 227 Einrichtungen im Jahr 2011 auf 229 Einrichtungen im Jahr 2012 (+0,9 Prozent), sank jedoch im Folgezeitraum auf 212 Einrichtungen im Jahr 2015 (−6,6 Prozent), s. Abbildung 5.9). Gleichzeitig nahm die Anzahl der Betten, die in diesen Fachabteilungen aufgestellt waren, zwischen 2011 und 2015 insgesamt um 4,2 Prozent ab. Allerdings wurde im Zeitraum vor der PEPP-Optionsphase (von 2011 auf 2012) ein Anstieg der Bettenzahl um 1,7 Prozent und seit Beginn der Optionsphase (von 2012 auf 2015) ein Rückgang von 5,8 Prozent beobachtet. Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 erlaubt den interessierten LeserInnen weitere detaillierte beschreibende Analysen zu diesem Indikator unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=6501&criterion=Gesamt.



Datenquelle: Destatis, Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Fachserie 12 Reihe 6.1.2.

Abbildung 5.10.: Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik)

Abbildung 5.10 zeigt die Entwicklung der Anzahl der Rehabilitationseinrichtungen mit einer Fachabteilung „Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik“ von 2011 bis 2015. Die Anzahl der Einrichtungen erhöhte sich über den gesamten Beobachtungszeitraum kontinuierlich von 158 im Jahr 2011 um 20 Einrichtungen auf 178 im Jahr 2015 (+12,7 Prozent). Die Anzahl der Betten, die in diesen Fachabteilungen aufgestellt waren, nahm zwischen 2011 und 2015 um 11,6 Prozent zu, wobei der wesentliche Teil des Anstiegs (+8,1 Prozent) von 2011 bis 2013 beobachtet wurde. Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 erlaubt den interessierten LeserInnen weitere detaillierte beschreibende Analysen zu diesem Indikator unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=6504&criterion=Gesamt.



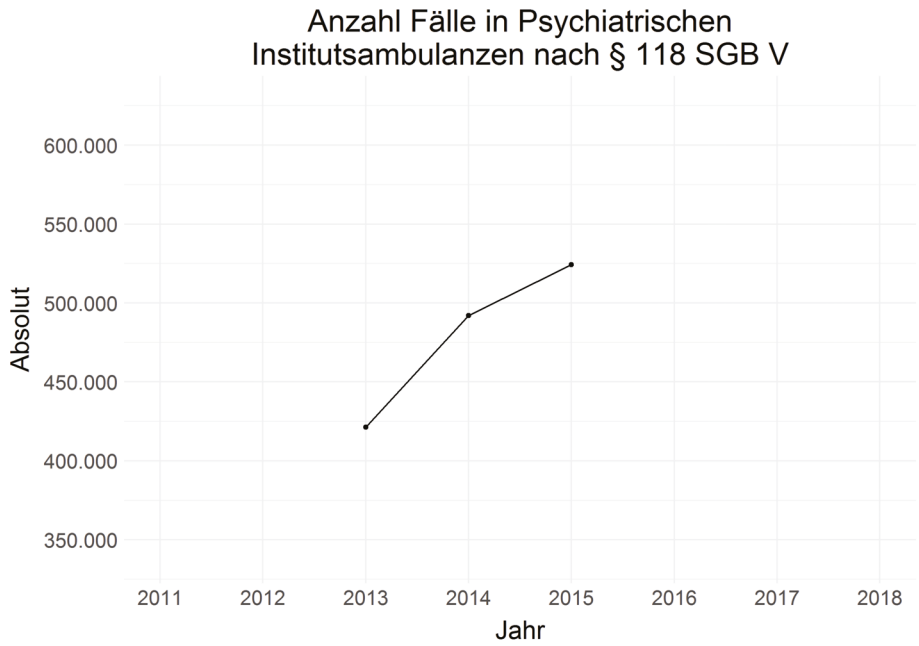
Datenquelle: BMG, Daten der KJ1-Statistik.

Abbildung 5.11.: Ausgaben für Soziotherapie (in Euro)

Die Ausgaben für Soziotherapie stiegen bundesweit von 3 210 548 Euro im Jahr 2011 um 832 587 Euro auf 4 043 135 Euro im Jahr 2015 über den gesamten Beobachtungszeitraum kontinuierlich an. Dies entspricht einem Anstieg von 25,9 Prozent. Abbildung 5.11 stellt den zeitlichen Verlauf dieses Indikators grafisch dar. Ergänzend dazu zeigt Tabelle C.12 den entsprechenden Mittelwert der Ausgaben für Soziotherapie in Höhe von 3 598 447 Euro. Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 erlaubt den interessierten LeserInnen weitere detaillierte beschreibende Analysen zu diesem Indikator unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=7201&criterion=Gesamt.

5.5. Komplementäre und ambulante Versorgung

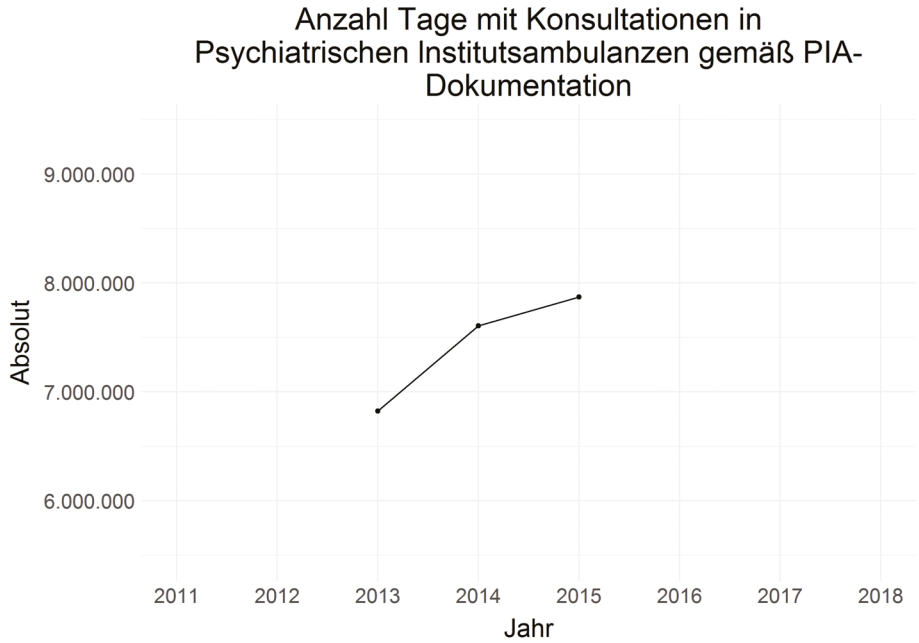
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



Datenquelle: GKV, Daten nach § 295 und § 301 SGB V.

Abbildung 5.12.: Anzahl Fälle in Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V

Abbildung 5.12 zeigt die zeitliche Entwicklung der Fallzahlen in psychiatrischen Institutsambulanzen für die Jahre 2013 bis 2015. Frühere Datenjahre sind aufgrund von Beschränkungen der Speicherfrist bei den Datenhaltern nicht verfügbar. Die Anzahl der Fälle stieg im verfügbaren Beobachtungszeitraum um 24,4 Prozent von 421 302 Fälle im Jahr 2013 auf 524 302 Fälle im Jahr 2015 an. Diese Zunahme konzentriert sich hauptsächlich auf den Zeitraum von 2013 bis 2014. Hier stiegen die Fallzahlen um 16,8 Prozent an (von 2014 auf 2015 waren dies nur 6,5 Prozent Wachstum).



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 5.13.: Anzahl Tage mit Konsultationen in Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß PIA-Dokumentation

Die Anzahl der Tage mit Kontakten zu psychiatrischen Institutsambulanzen – im Gegensatz zu den o. g. Fallzahlen werden hierbei Mehrfachkontakte mitberücksichtigt und damit die Intensität der Leistungsinanspruchnahme genauer abgebildet – stieg von 6 822 726 Tagen im Jahre 2013 auf 7 869 729 Tage im Jahre 2015 an.[19] Dieser Anstieg entspricht einer Zunahme um 15,4 Prozent, vgl. Abbildung 5.13. Im Vergleich der Länder ergeben sich zum Teil erhebliche Unterschiede. Während in Mecklenburg-Vorpommern die Anzahl der Kontakte zu einer PIA um 37,5 Prozent auf 240 567 Tage von 2013 auf 2015 zunahm, sank die Anzahl der Kontakte in Schleswig-Holstein um 12,2 Prozent auf 301 359 Tage. Zeitgleich stieg die Anzahl an Krankenhäusern mit PIA in Mecklenburg-Vorpommern um 18,2 Prozent und in Schleswig-Holstein um 12,0 Prozent an.

5.6. Diskussion

Bei der Personalausstattung mit ÄrztInnen sind die Unterschiede zwischen den Gruppen und die Veränderungen über die betrachtete Zeit zu gering und zu unsystematisch, als dass darin ein Beleg für eine PEPP-bedingte Entwicklung gesehen werden könnte. Bei den Diplom-Psychologen besteht eine Korrelation mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems insofern, als dass vermehrt psychologische PsychotherapeutInnen und weniger Diplom-PsychologInnen ohne psychotherapeutische Zusatzausbildung beschäftigt werden.

[19] Die Daten lagen für die Jahre 2011 und 2012 nicht in auswertbarer Qualität vor. Insofern war der Indikator auch kein Bestandteil der sog. Nullpunktmessung.

In Bezug auf die „neuen“ Berufe ist ebenfalls ein zeitlicher Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems zu beobachten, da im fraglichen Zeitraum vermehrt StationssekretärInnen/ StationsassistentInnen, FallmanagerInnen, und insbesondere MitarbeiterInnen aus Logistik, Materialwirtschaft und dem Service in den Einrichtungen beschäftigt werden.

Innerhalb der Verwaltungen sind mit der PEPP-Einführung die MitarbeiterInnenzahlen in den Bereichen Finanzen, Personal und im IT-Bereich angestiegen. Das betrifft insbesondere die Optionshäuser im Vergleich zu den Nicht-Optionshäusern. Hinsichtlich der Auslagerungen von Dienstleistungen (Outsourcing) sind die Fallzahlen vergleichsweise gering. Diese legen jedoch den Schluss nahe, dass im Zuge der Einführung bzw. des Betriebes des PEPP-Entgeltsystems das Controlling, die Finanzbuchhaltung und der IT-Bereich vermehrt ausgelagert werden. Bezüglich der Aufbauorganisation sowie dem Einsatz von Instrumenten zur internen Steuerung wurden mit der Krankenhausbefragung vornehmlich qualitative Angaben erhoben, die keine quantitative Aussagen erlauben.

Bezogen auf die Investitionsvolumina in den Jahren 2013 bis 2015 dürfte die Einführung – bzw. bereits die Ankündigung – des PEPP-Entgeltsystems dazu geführt haben, dass Einrichtungen im Vorfeld der Umstellung ihre Investitionstätigkeiten stetig zurückgefahren haben, um nach der Umstellung ihre Investitionstätigkeit auf niedrigem Niveau wieder zu starten und dann zunehmend anzuheben. Dieses Investitionsmuster zeigt sich besonders deutlich, wenn die Gesamtinvestitionen der Einrichtungen auf die jeweiligen Betten- bzw. Fallzahlen und Berechnungstage bezogen werden, mit monoton fallenden Investitionen bei Nicht-Optionshäusern sowie monoton steigenden Investitionen bei Optionshäusern.

Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems geht in den den betreffenden Häusern mit einem Wandel in den IT-Strukturen einher, wobei die deutlich geringe Anzahl von Servern mit der Modernisierung der Rechnerarchitektur erklärt werden kann, bei der unter Verwendung effizienter Strukturen und Aggregate mit weniger Servern völlig wirkungsgleiche oder sogar potentere Lösungen dargestellt werden können. Ansonsten führt das PEPP-Entgeltsystem dazu, dass die zur Abrechnung erforderliche Software implementiert wird.

Die Ergebnisse der für den vorliegenden Forschungsauftrag durchgeführten Sekundärdatenanalysen deuten auf eine strukturelle Konstanz in den stationären Versorgungsstrukturen in Deutschland hin. Dies betrifft u. a. die Anzahl bzw. den Anteil der Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Institutsambulanz. Vor dem Hintergrund der flexibleren Kosten- und Personalausstattungsstrukturen[20] von Institutsambulanzen im Vergleich zu regulären stationären Fachabteilungen, hätte aus klinischer Perspektive jedoch eine Zunahme des Anteils der Krankenhäuser mit PIA an allen Psych-Krankenhäusern erwartet werden können. Die steigenden Fallzahlen sowie die Zunahme an Kontakten mit psychiatrischen Institutsambulanzen deuten zumindest auf eine Steigerung der Behandlungsquantität in diesen Einrichtungen hin. Eine mögliche Erklärung für die unerwartete Entwicklung des

[20] Für PIA existieren – im Gegensatz zur stationären Psychiatrie – keine über die Psych-PV festgelegten Regelungen zum Personalbedarf. Ebenso entfallen Nacht- bzw. Wochenendschichten und damit die entsprechenden Vergütungszuschläge. Da z. B. auch keine Betten vorgehalten werden, ist grundsätzlich weniger Kapital gebunden.

Indikators könnte im Risiko einer fehlenden Datenübermittlung bei Einrichtungen, die erst seit Kurzem eine psychiatrische Institutsambulanz betreiben, liegen. Krankenhäuser können zudem auch mehrere PIA betreiben, was in den vorliegenden Daten allerdings nicht abgebildet ist.

Inwieweit die Einführung des PEPP-Entgeltsystems den (leichten) Trend der Zunahme von Krankenhäusern mit PIA in den Folgejahren stützt bzw. verstärkt, bleibt abzuwarten. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass bis Ende 2015 nur ca. 37 Prozent der in Frage kommenden Krankenhäuser auch tatsächlich für eine Abrechnung nach PEPP optiert hatten.

Die Anzahl der Modellprojekte ist – insbesondere im Verlauf des Jahres 2013 – angestiegen. Allerdings lässt sich aufgrund der Tatsache, dass damit zunächst lediglich gesetzliche Vorgaben (mind. ein Modellvorhaben je Bundesland, vgl. § 64b Abs. 1 SGB V) umgesetzt werden, keine Schlussfolgerung über Änderungen in den Versorgungsstrukturen oder gar ein Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems ableiten. Da die Modellprojekte inhaltlich i. d. R. sehr unterschiedlich ausgestaltet sind – die zur Versorgung der PatientInnen implementierten Elemente stammen vorwiegend aus den Bereichen des Fallmanagements, der teambasierten Behandlungskonzepte und sektorübergreifenden Budgetverantwortung – bleibt abzuwarten, welche Ergebnisse die begleitende Evaluation hierzu hervorbringt. Der aktuelle Stand dazu ist in Neumann et al. [45] umfassend dokumentiert.

Eine generelle (d. h. vergleichsgruppen-unabhängige) Zunahme der Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten im DRG-Entgeltbereich über die Zeit kann sowohl deskriptiv als auch inferenzstatistisch gezeigt werden. Allerdings rechnen PEPP-Krankenhäuser in den Jahren 2013 bis 2015 signifikant weniger solcher Fälle ab, als die vergleichbare Kontrollgruppe der TGPS-Krankenhäuser. Ein Teil der Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen geht dabei auf die medizinische Heterogenität in den beobachteten PatientInnenpopulationen zurück. So ist der Effekt, der für die PEPP-Krankenhäuser in den Jahren 2013 bis 2015 beobachtet wird, zu einem Großteil auf PatientInnen mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen zurückzuführen. Insgesamt erweisen sich die geschätzten Zusammenhänge als sehr robust, unabhängig davon, welche Kontrollvariablen in die Regression aufgenommen werden.

Eine Erklärung für die vorliegenden Ergebnisse bietet die Hypothese einer wachsenden Sensibilisierung der im DRG-Entgeltbereich primär somatisch praktizierenden ÄrztInnen für psychische Erkrankungen bzw. Komorbiditäten. Diese könnte für die Zunahme der Fallzahlen über die Zeit verantwortlich sein, die über den generellen Anstieg der stationären Fälle im DRG-Entgeltbereich (+4,9 Prozent zwischen 2011 und 2015, [8]) hinausgehen. Für den Effekt, der bei den PEPP-Häusern beobachtet wird, sind unterschiedliche Ursachen denkbar. So könnten bei Krankenhäusern durch die Auseinandersetzung mit dem neuen Entgeltsystem Lerneffekte bei der Kodierung – oder aber auch finanzielle Anreize – zum Rückgang der DRG-Fälle geführt haben. Ohne das Anreizgefüge für einzelne Krankenhäuser zu kennen, ist hierüber allerdings keine abschließende Aussage möglich.

Die Entwicklung bei der Zahl der Rehabilitationseinrichtungen mit einer Fachabteilung „Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik“ bzw. „Psychiatrie und Psychotherapie“ korreliert mit der Entwicklung der Fallzahlen in den entsprechenden Diagnosegruppen. So ist beispielsweise die Zahl psychosomatischer Fälle im Beobachtungszeitraum 2011 bis 2015 sehr viel stärker angestiegen als die Zahl psychiatrischer/psychotherapeutischer Fälle. Auch wenn Rehabilitationseinrichtungen von der Einführung des PEPP Entgeltbereich nicht direkt betroffen sind, da diese Einrichtungen weiterhin über TGPS oder die Rentenversicherung finanziert werden, ist ein entsprechendes fachspezifisches Angebot an die Entwicklung im stationären Bereich gekoppelt. Ob die Einführung des PEPP-Entgeltsystems zu einem Bruch des Entwicklungstrends bei den Reha-Einrichtungen geführt hat oder noch führen wird, ist aufgrund der starken Aggregation der Daten nicht einschätzbar.

Auch der Anstieg der Ausgaben für die Soziotherapie überrascht aus klinischer Perspektive zunächst nicht. Neben dem generellen Trend zur Kostensteigerung könnte eine hohe durchschnittliche Bettenauslastung in den Fachabteilungen „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ (92,9 Prozent im Jahr 2015), in der „Psychiatrie und Psychotherapie“ (93,6 Prozent im Jahr 2015) und in der „Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik“ (92,0 Prozent im Jahr 2015) in Kombination mit einem steigenden Behandlungsvolumen eine Ausweitung der Behandlung fördern. Eine kausale Aussage hierzu ist im Rahmen dieses Berichts leider nicht möglich, da die zugrundeliegenden Daten nur in stark aggregierter Form zur Verfügung stehen. Allerdings muss einschränkend ergänzt werden, dass die Soziotherapie, zu deren Verordnung ÄrztInnen einen gesonderten Antrag bei der KV stellen müssen, in der klinischen Praxis eher eine untergeordnete Rolle spielt. Dies liegt zum einen daran, dass die ambulante Versorgung in Form einer Soziotherapie relativ unbekannt ist und sich früher mit Angeboten von psychiatrischen Institutsambulanzen zum Teil ausschloss.

Auch die empirische Untersuchung der komplementären und ambulanten Versorgung unterstützt die Schlussfolgerung eines generell steigenden Behandlungsvolumens im psychiatrischen Versorgungsbereich. Sowohl die Anzahl an PIA-Kontakten als auch die Fallzahlen in den PIA sind im Beobachtungszeitraum deutlich angestiegen. Dies ist besonders deshalb bemerkenswert, weil die Anzahl entsprechender Versorgungseinrichtungen, nämlich Krankenhäuser mit mindestens einer PIA, im gleichen Zeitabschnitt fast unverändert geblieben ist. Allerdings können weder die Zahl vollstationärer Psych-Fälle noch die durchschnittliche Verweildauer bei diesen Fällen eine derartige Entwicklung erklären. Insofern ist davon auszugehen, dass das Behandlungsangebot eher ausgeweitet wurde, als dass eine Verschiebung zwischen dem stationären und dem ambulanten Versorgungsbereich stattgefunden hat.

Ein Vergleich mit internationalen Erfahrungen bei der Einführung eines pauschalierenden Vergütungssystems in der stationären Versorgung ist auf Basis der verfügbaren Evidenz eingeschränkt möglich. Die insbesondere in den USA durchgeführten Studien sind in Bezug auf die untersuchte PatientInnenengruppe recht speziell (Medicare-PatientInnen sind tendenziell älter und kränker als die durchschnittliche Bevölkerung) und außerdem nicht auf die psychiatrische oder psychosomatische Versorgung beschränkt. Auch ist das

US-amerikanische PPS in seiner Anreizwirkung vermutlich stärker als das hiesige PEPP-Entgeltsystem. Während im internationalen Kontext hauptsächlich Substitutionseffekte, genauer gesagt eine Tendenz zur Verschiebungen von Fällen aus dem kostenintensiven stationären in den poststationären (ambulanten oder rehabilitativen) Versorgungsbereich im Zusammenhang mit der Umstellung des Vergütungssystems beobachtet werden, lassen die von uns durchgeführten Analysen keinen kausalen Zusammenhang mit der PEPP-Einführung erkennen. Die Veränderungen in den untersuchten Indikatoren sind z. T. mit generellen, also von PEPP unabhängigen, Trends in der Gesundheitsversorgung erklärbar (Ausbau ambulanter Strukturen im Sinne einer wachsenden Anzahl von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ÄrztInnen, Zunahme der vollstationären Behandlungsfälle in der Psychiatrie/Psychosomatik, etc.), die in Teilen mit einem kürzlich veröffentlichten Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) übereinstimmen [67]. Einige der gefundenen Effekte sind wiederum rein technischer oder administrativer Natur, wie z. B. bei der unumgänglichen IT-Nachrüstung im Zusammenhang mit der Vergütungssystemumstellung (PEPP-Grouper, Kodiersoftware, etc.).

Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass der betrachtete Berichtszeitraum zunächst nur die ersten drei Jahre nach der optionalen Einführung des PEPP-Entgeltsystems umfasst. In dieser Phase ist der Anteil der optierten Einrichtungen noch relativ gering (ca. 37 Prozent der in Frage kommenden Einrichtungen), sodass detailliertere Aussagen zu möglichen Verschiebungen zwischen den Sektoren bzw. den Versorgungsintensitäten eventuell unter zusätzlicher Berücksichtigung der Jahre 2016 bis 2018 im Rahmen des zweiten Forschungszyklus möglich sein werden. Auf Basis der vorliegenden empirischen Analysen ist jedoch kein durch die Einführung des PEPP-Entgeltsystems ausgelöster Effekt auf die Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung abzuleiten.

6. Veränderungen der Fallzahl in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Die in diesem Kapitel untersuchten Veränderungen der Fallzahl beziehen sich auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme einer stationären Leistung. Mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems wird unter anderem das Ziel verfolgt, Krankenhäuser leistungsorientiert zu vergüten, Effizienzreserven bei der Versorgung von PatientInnen im stationären Bereich zu mobilisieren und Krankenhäuser mit kosteneffizienterem Leistungsangebot zu belohnen. Falls dabei die PEPP-vergüteten durchschnittlichen Erlöse für ein Krankenhaus im Vergleich zu den TGPS größer werden, setzt das Entgeltsystem u. U. einen Anreiz zur Fallsteigerung bei dieser Art von PatientInnen.[21] So wurde z. B. in Deutschland im Zusammenhang mit der Einführung des DRG-Entgeltsystems eine Anpassung des Aufnahmeverhaltens bei Krankenhäusern registriert [56].

Eine Veränderung in der Häufigkeit der Inanspruchnahme kann verschiedene Ursachen haben. Erstens können Änderungen in den medizinischen Behandlungsmethoden, z. B. medizinisch-technische Innovationen, eine Veränderung der Fallzahlen bewirken. Zweitens setzt die Einführung des PEPP-Entgeltsystems finanzielle Anreize, die Inanspruchnahme von stationären Krankenhausleistungen zu verändern. Eine Veränderung der Fallzahl könnte damit durch ein verändertes Angebot von Krankenhausleistungen verursacht werden. Steigt z. B. der aus Krankenhaussicht individuelle Deckungsbeitrag von bestimmten Krankenhausleistungen, könnte die Erbringung dieser Leistungen ansteigen. Drittens kann eine Veränderung der tatsächlichen beobachteten Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen auf eine veränderte Nachfrage nach Krankenhausleistungen zurückzuführen sein. Die allgemein ansteigende Bevölkerungszahl sowie die zunehmende Bereitschaft psychisch Kranker, Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, machen eine bedarfsorientierte Anpassung der verfügbaren Krankenhausleistungen in vielen Versorgungsgebieten erforderlich. Zuletzt kann eine Fallzahlveränderung auch auf rein technische Effekte der Umstellung des Vergütungssystems zurückzuführen sein. Beispielsweise verändert sich die gesetzliche Fallzählweise, sodass Veränderungen in der beobachteten Inanspruchnahme auch darauf zurückzuführen sein können. Entsprechend den unterschiedlichen Vorschriften zur Fallzählweise ergibt sich, dass Rückverlegungen oder Wiederaufnahmen im Rahmen des PEPP-Entgeltsystems im Gegensatz zur TGPS-Abrechnung zu einer Fallzusammenführung führen können. Zusätzlich entsteht bei interner Verlegung aus dem Bereich des KHEntgG in den Bereich der BPflV (und umgekehrt) jeweils ein neuer Fall. Vor dem Hintergrund

[21] Zusätzlich könnte der Anreiz zur Fallsteigerung ausgehend von höheren durchschnittlichen Erlösen noch verstärkt werden, wenn die Erlösdegression und die damit verbundenen Anreize zur Behandlungsverkürzung groß sind. Der Grund hierfür ist, dass Krankenhäuser ihren Gesamterlös weiter steigern können, sofern sie – bei gegebenen Ressourcen – mehrere, kürzer behandelte PatientenInnen aufnehmen.

dieser Vielzahl an möglichen Ursachen für Fallzahländerungen ist eine eingehende Analyse notwendig, um den jeweiligen Beitrag der Ursachen zu identifizieren.

Der ausgewählte Indikator „Anzahl Fälle“ macht Veränderungen in der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen sichtbar. Die zur Verfügung stehenden administrativen Daten erlauben dabei allerdings keine intertemporale Darstellung – getrennt nach Leistungsbereichen – in Abhängigkeit von den genauen Veränderungen in den dazugehörigen Erlösen. Der Hauptgrund dafür, dass die Veränderung der Erlöse auf der Tagesebene nicht genau bestimmbar ist, liegt in den umfassenden Neuerungen bei der Dokumentation vergütungsrelevanter PatientInnenmerkmale im Rahmen der Einführung bzw. der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems. Zum Beispiel waren für die Vergütung mit TGPS noch keine OPS-Kodes relevant. Dazu kommen die zahlreichen Veränderungen des OPS-Katalogs durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) vor und während der Einführung des PEPP-Entgeltsystems. Für weitere Details dazu siehe Kapitel 8. Ergänzende Analysen auf Basis der Qualitätsberichte haben die dominante Bedeutung der Veränderungen des OPS-Katalogs für die Datenjahre der Nullpunktmessung (2011 bis 2012) und des ersten Forschungszyklus (2013 bis 2015) für die Abbildung der Fälle bestätigt. Hinzu kommen noch technische Effekte durch die Umstellung des Vergütungssystems. Beispielsweise verändert sich die gesetzliche Fallzählweise, sodass die Erlöse auf Fallebene nicht verlässlich bestimmt werden können. Zwar ist eine Kategorisierung von Fällen in die PEPP des Jahres der Aufnahme der PatientInnen nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems verlässlich möglich, nicht jedoch eine Kategorisierung von Fällen in die äquivalente fiktive PEPP vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems.

Zusätzlich zum Indikator „Anzahl Fälle“ wird der Indikator „Anzahl PatientInnen“ analysiert, um die Veränderungen in der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen sichtbar zu machen. Dieser Indikator zählt die Anzahl der PatientInnen, die im Rahmen eines vollstationären Krankenhausaufenthalts behandelt wurden, so dass die Messung der Häufigkeit der Inanspruchnahme weniger durch die soeben erwähnten Veränderungen in der gesetzlichen Fallzählweise verzerrt wird. Liegt z. B. eine Wiederaufnahme innerhalb der Prüffrist von 21 (ab 2018, 14) Kalendertagen ab dem Entlassungstag im Sinne von § 2 Abs. 1 PEPPV vor, werden beide Aufenthalte zusammengefasst. Aus diesem Grunde verändert sich zwar der Indikator „Anzahl Fälle“, der Indikator „Anzahl PatientInnen“ bleibt aber weitestgehend unverändert.[22]

Auch eine Änderung in der Anzahl der PatientInnen, die durch ein gesetzliches Unterbringungsverfahren in psychiatrische Einrichtungen eingewiesen werden, kann die Entwicklung der Fallzahlen beeinflussen. Ein Anstieg der Anzahl gesetzlicher Unterbringungsverfahren könnte z. B. durch eine geänderte Gesetzgebung verursacht werden. Ausgewählte Indikatoren zu der Anzahl von Unterbringungsverfahren nach § 1906 Abs. 1 und 2 BGB, § 1846

[22] Die für diesen Bericht zur Verfügung stehende Datengrundlage erlaubt bei der Berechnung der Anzahl der PatientInnen keine krankenhausübergreifende Berücksichtigung von Wiederaufnahmen und Rückverlegungen.

BGB und PsychKG könnten darüber Aufschluss geben und werden im Folgenden näher untersucht.

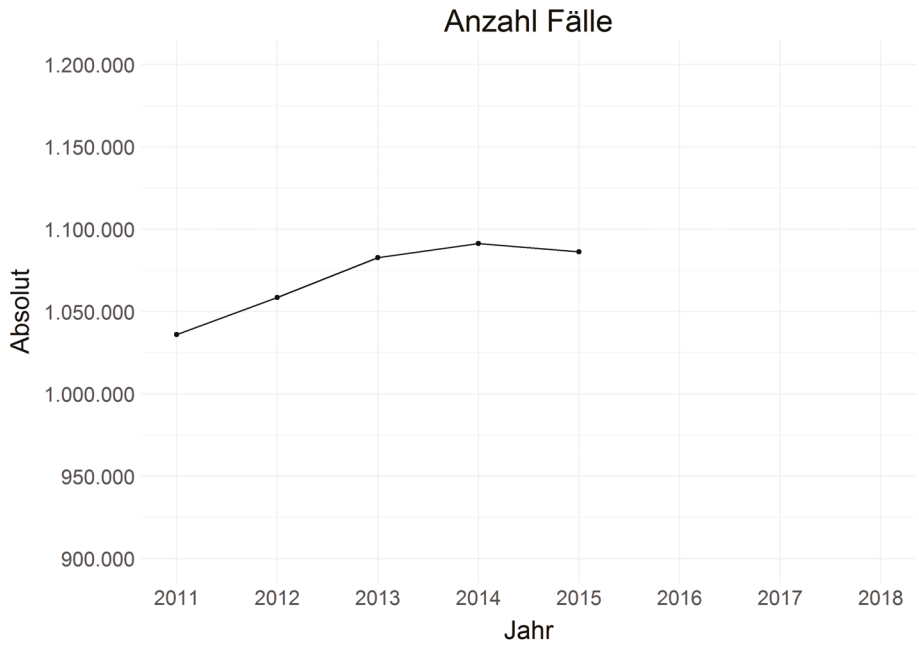
Zusätzlich ist es für eine vertiefte Analyse der Entwicklung der Anzahl der Fälle wichtig, auch den Einfluss von potenziellen Beschränkungen in der Kapazität von Krankenhäusern näher zu untersuchen. Eine zentrale Beschränkung der Kapazität könnte dabei vor allem die Anzahl der Betten sein, die durch die Bundesländer im Rahmen der Krankenhausplanung beeinflusst wird. Sie orientiert sich dabei für die Versorgung psychisch Kranker i. d. R. an einem regional verankerten Versorgungssystem. Zusätzlich könnten neue, integrierte Versorgungskonzepte zu einer Veränderung der Fallzahl führen, sodass eine Veränderung in der Entwicklung der Anzahl der Fälle (oder des Anteils an Betten mit Belegung an allen aufgestellten Betten) nicht notwendigerweise auf die Einführung des PEPP-Entgeltsystems zurückzuführen ist. Der ausgewählte Indikator „Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent)“ zeigt auf, ob etwaige Veränderungen der Anzahl der Fälle mit den gegebenen Kapazitäten überhaupt möglich erscheinen.

Das nachfolgende Unterkapitel analysiert daher sowohl die Entwicklung der Anzahl der Fälle bzw. der PatientInnen in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung als auch die Entwicklung des Anteils an Betten mit Belegung an allen aufgestellten Betten. Diese Analyse basiert auf Leistungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland (Datengrundlage gemäß § 21 KHEntgG), Daten des Statistischen Bundesamtes (Grunddaten der Krankenhäuser) sowie auf Befragungsdaten (Bundesamt für Justiz), die für die Begleitforschung erhoben wurden.

Neben einer Beschreibung der beobachteten Entwicklung der Indikatoren wird im Rahmen von inferenzstatistischen Analysen für ausgewählte Indikatoren erörtert, ob und in welcher Größenordnung sich etwaige Veränderungen bei der Entwicklung der Indikatoren nach dem Zeitpunkt der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in 2013 vor allem auf die Gruppe von Krankenhäusern konzentriert, die für eine Abrechnung nach dem PEPP-Entgeltsystem optiert haben. Hierfür kann der Umstand genutzt werden, dass sowohl Beobachtungen aus Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Abrechnung von PEPPs optiert haben (Quasi-Experimentalgruppe), als auch aus Einrichtungen, die im Beobachtungszeitraum weiterhin TGPS abgerechnet haben (Kontrollgruppe), für die Jahre 2011 bis 2015 vorliegen und deren Entwicklungen miteinander verglichen werden können (s. Kapitel 3). Die Struktur der verbalen Interpretation der Ergebnisse ist dabei an das methodische Vorgehen angelehnt und enthält für jeden ausgewählten Indikator i. d. R. drei Komponenten: 1) Beschreibung des generellen Unterschieds zwischen den Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und den Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung; 2) Beschreibung des generellen Unterschieds zwischen den Jahren 2011 bis 2012 und den Jahren 2013 bis 2015; 3) Beschreibung des speziellen Effekts für Krankenhäuser mit PEPP-Abrechnung nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in den Jahren 2013 bis 2015.

6.1. Entwicklung der Fallzahlen

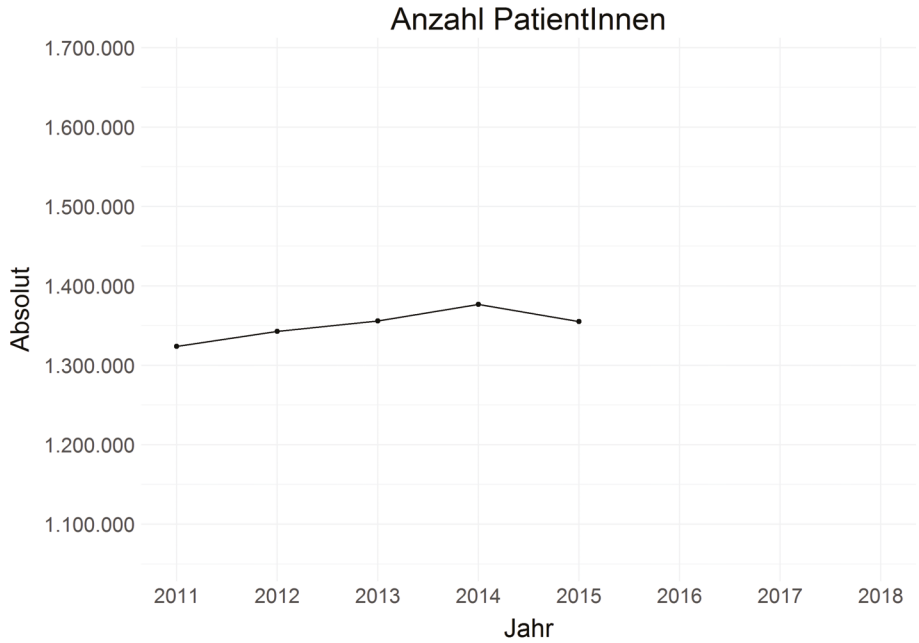
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 6.1.: Anzahl Fälle

Abbildung 6.1 zeigt die Entwicklung der Fallzahl in der teil- und vollstationären Versorgung im Psych-Entgeltbereich von 2011 bis 2015. Diese betrug im Jahr 2011 1 036 012 (138 056 teil- bzw. 897 956 vollstationär) und im Jahr 2015 1 086 382 (165 408 teil- bzw. 920 974 vollstationär). Die insgesamt 50 370 zusätzlichen Fälle bedeuten einen Anstieg von 4,9 Prozent (19,8 bzw. 2,6 Prozent Wachstum bei den teil- bzw. vollstationären Fällen). Im Durchschnitt ist die Fallzahl damit pro Jahr um 1,2 Prozent gestiegen. In der Altersklasse der 15- bis 20-Jährigen (Altersklasse mit dem größten Fallzuwachs) nahm die Anzahl der Fälle von 50 396 im Jahr 2011 um 27,6 Prozent auf 64 321 Fälle im Jahr 2015 zu. Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=1401&criterion=Gesamt abgerufen werden.



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnungen.

Abbildung 6.2.: Anzahl PatientInnen

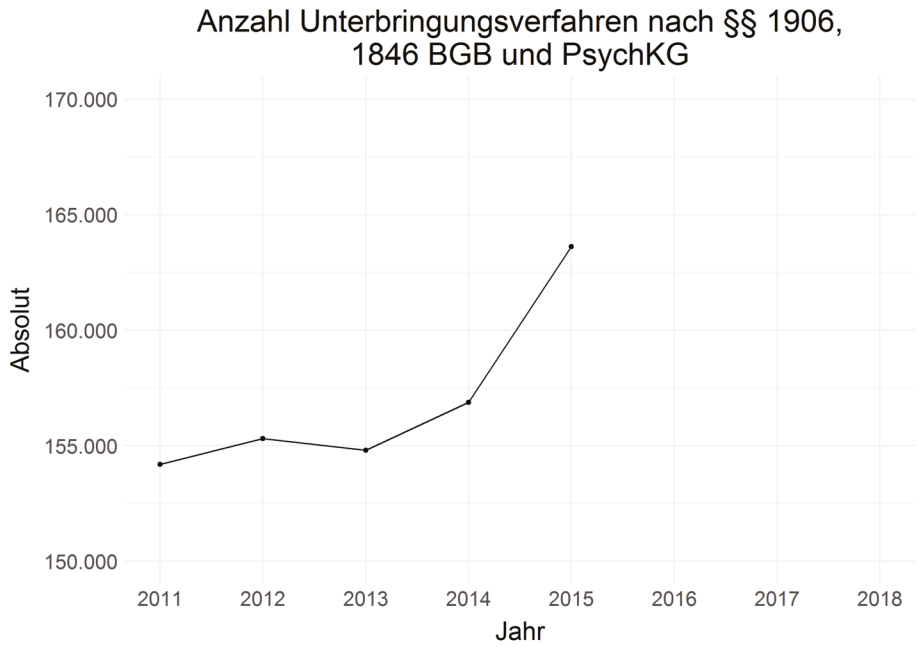
Abbildung 6.2 zeigt die Entwicklung der Anzahl der PatientInnen in der vollstationären Versorgung im PatientInnensegment „Psychiatrie und Psychosomatik“ (vgl. Kapitel 3.1.2) von 2011 bis 2015. Im Jahr 2011 betrug die Anzahl der PatientInnen 1 323 979 und im Jahr 2015 1 354 971. Über den gesamten beobachteten Zeitraum ist die Anzahl der PatientInnen damit um 2,3 Prozent gestiegen. Die durchschnittliche jährliche Veränderung beträgt etwa +0,6 Prozent.[23]

Da eine gesetzliche Unterbringung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf Basis verschiedener rechtlicher Grundlagen eintreten kann, wird zwischen der zivilrechtlichen Unterbringung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und der öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach den Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsgesetzen der Länder (PsychKG, UBG) unterschieden.[24] Die Ausgestaltung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung obliegt allein den Ländern [13]. Allen Ländern ist die Annahme einer Selbst- oder Fremdgefährdung aufgrund psychischer Krankheit als Voraussetzung für eine gesetzliche Unterbringung gemein (vgl. § 1906 Abs. 1 BGB). Die Rechtsgrundlage für eine Unterbringung nach dem Betreuungsrecht liefert § 1906 Abs. 1, 2, 3 und 5 BGB, für unterbringungsähnliche Maßnahmen § 1906 Abs. 4 BGB und für vorläufige Unterbringun-

[23] Aufgrund der unterschiedlich zugrunde liegenden Grundgesamtheiten bei den Indikatoren „Anzahl Fälle“ und „Anzahl PatientInnen“ im Rahmen der deskriptiven Anaylse kann die Anzahl der Fälle in diesem Bericht an dieser Stelle nicht in Bezug zur Anzahl der PatientInnen gesetzt werden. Während die Analysen des Indikators „Anzahl Fälle“ sowohl auf den teil- als auch vollstationären Fällen ausschließlich im Psych-Entgeltbereich beruhen, nutzt die Analyse des Indikators „Anzahl PatientInnen“ ausschließlich vollstationäre PatientInnen sowohl aus dem Psych- als auch dem DRG-Entgeltbereich.

[24] Anm.: Bei Nennung der Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) sind die Unterbringungsgesetze (UBG) der Länder gleichermaßen impliziert.

gen § 1846 BGB [52]. Bei der Unterbringung von Minderjährigen wird auf § 1631b BGB zurückgegriffen und bedarf es der Genehmigung des Familiengerichts. Für eine Unterbringung nach dem Betreuungsrecht ist ausschließlich die Annahme einer Selbstgefährdung als Voraussetzung gegeben (vgl. § 1906 Abs. 1 BGB).

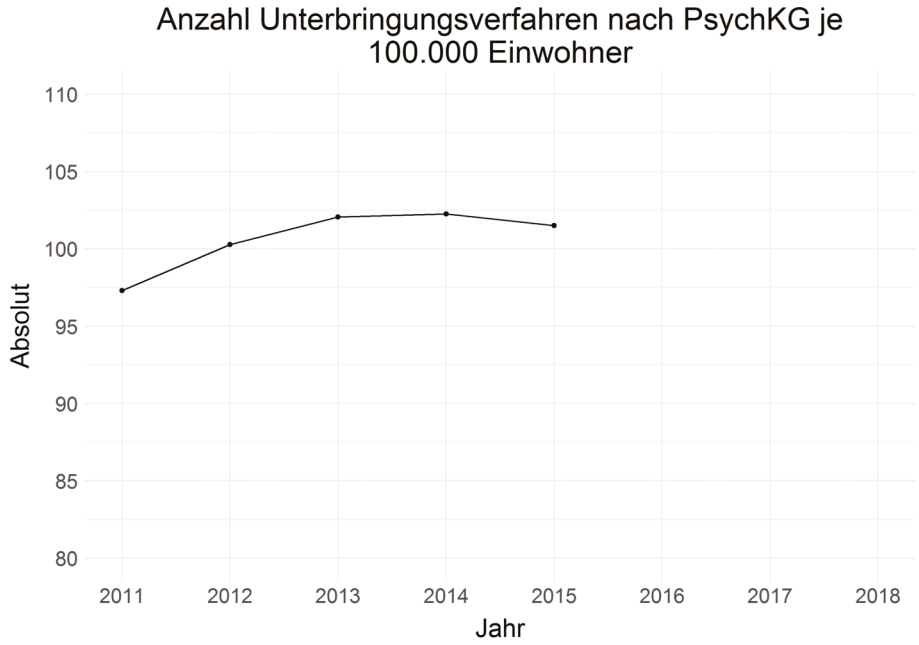


Datenquelle: Bundesamt für Justiz.

Abbildung 6.3.: Anzahl Unterbringungsverfahren nach §§ 1906, 1846 BGB und PsychKG

Abbildung 6.3 zeigt die Entwicklung der Anzahl gesetzlicher Unterbringungsverfahren nach § 1906 Abs. 1 und 2 BGB, § 1846 BGB und PsychKG in Deutschland in den Jahren 2011 bis 2015. Die Anzahl der Unterbringungsverfahren insgesamt betrug im Jahr 2011 154 187 und im Jahr 2015 163 617, was einen Anstieg von 6,1 Prozent (9 430 Verfahren) darstellt. Gemessen an den Einwohnerzahlen ist insgesamt ein Anstieg (+3,7 Prozent) an Unterbringungsverfahren auszumachen (von 192 auf 199 Verfahren je 100 000 Einwohner).[25] Betrachtet man die Entwicklungen auf Jahresebene und unter Berücksichtigung der Einwohnerzahlen, so ist die größte Zunahme (+3,1 Prozent) an Unterbringungsverfahren zwischen 2014 und 2015 festzustellen (von 193 auf 199 Verfahren je 100 000 Einwohner) und – entgegen dem Trend – ein leichter Rückgang (−0,6 Prozent) zwischen 2012 und 2013 (von 193 auf 192 Verfahren je 100 000 Einwohner).

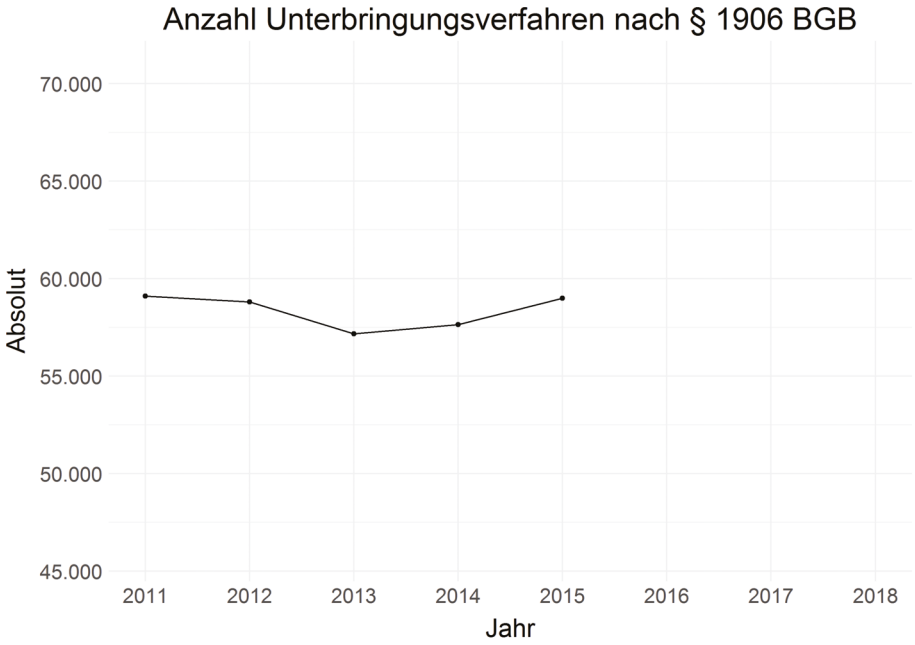
[25] Die Angaben sind auf ganze Zahlen gerundet. Dies gilt für alle Bevölkerungsangaben.



Datenquelle: Bundesamt für Justiz.

Abbildung 6.4.: Anzahl Unterbringungsverfahren nach PsychKG je 100 000 Einwohner

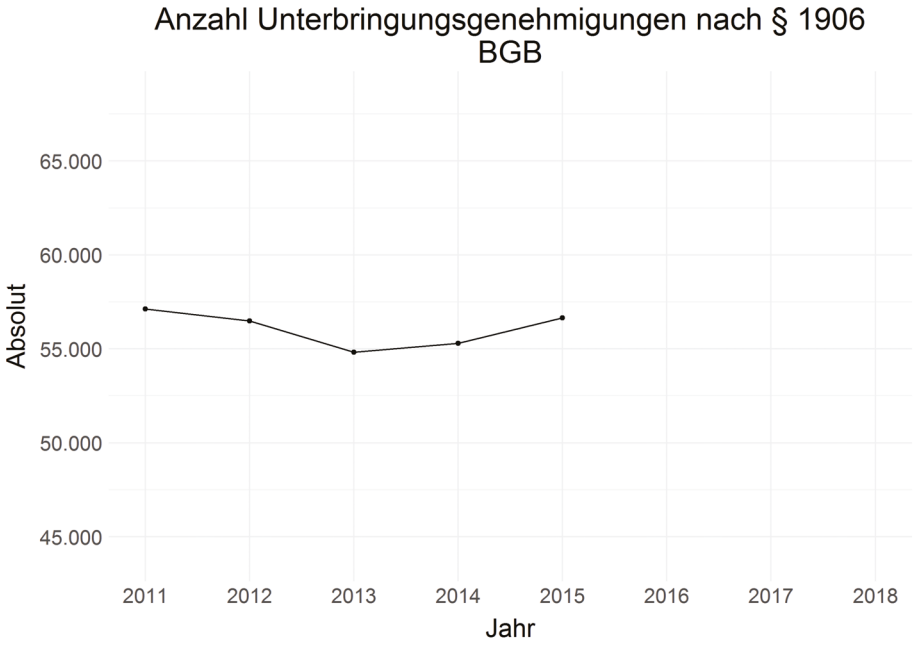
Bei den öffentlich-rechtlichen Unterbringungen nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder (wie in Abbildung 6.4 dargestellt) ist über die Jahre 2011 bis 2015 ein Anstieg um 4,3 Prozent festzustellen (von 97 auf 102 Verfahren je 100 000 Einwohner). Der größte Anstieg (+3,1 Prozent) ist zwischen 2011 und 2012 zu verzeichnen; zwischen 2013 und 2015 ist die Entwicklung stagnierend. Demgegenüber sind die zivilrechtlichen Unterbringungsverfahren nach dem Betreuungsrecht (§ 1906 BGB) zwischen 2011 und 2015 um 2,4 Prozent (von 74 auf 72 Verfahren je 100 000 Einwohner) gesunken. Unter Berücksichtigung der Einwohnerzahl ist bis zum Jahr 2013 ein jährlicher Abwärtstrend um bis zu 3,1 Prozent zu beobachten, wohingegen sich seit dem Jahr 2014 ein jährlicher Aufwärtstrend um bis zu 1,1 Prozent beobachten lässt.



Datenquelle: Bundesamt für Justiz.

Abbildung 6.5.: Anzahl Unterbringungsverfahren nach § 1906 BGB

Wie in den Abbildungen 6.5 und 6.6 dargestellt, sind im Rahmen der zivilrechtlichen Unterbringung im Jahr 2011 57 116 Unterbringungen von 59 111 Verfahren in Deutschland gem. § 1906 Abs. 1 und 2 BGB genehmigt worden (97 Prozent). Im Jahr 2015 waren es 56 646 genehmigte Unterbringungen von 58 992 Verfahren (96 Prozent). Gemessen an der Einwohnerzahl stellt dies einen Rückgang an Unterbringungsgenehmigungen um 3,1 Prozent (von 71 auf 69 je 100 000 Einwohner) dar. Betrachtet man die Entwicklungen innerhalb eines Jahres und unter Berücksichtigung der Einwohnerzahl, so ist bis zum Jahr 2013 ein jährlicher Abwärtstrend um bis zu 3,2 Prozent zu verzeichnen, wohingegen sich seit dem Jahr 2014 ein jährlicher Aufwärtstrend um bis zu 1,2 Prozent beobachten lässt.



Datenquelle: Bundesamt für Justiz.

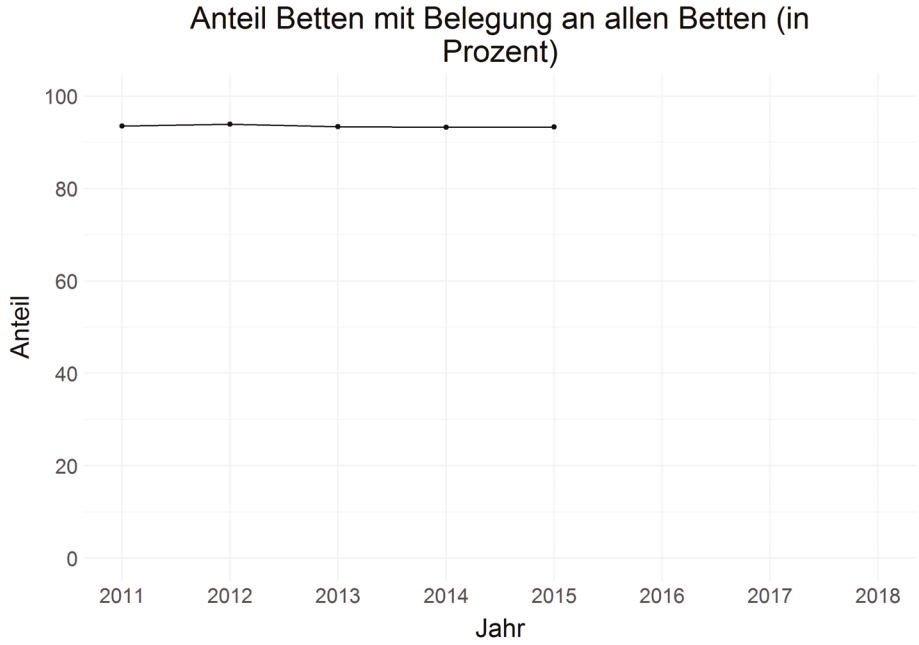
Abbildung 6.6.: Anzahl Unterbringungsgenehmigungen nach § 1906 BGB

Im Ländervergleich verzeichnen die Bundesländer Bremen (+55,7 Prozent) und Hamburg (+15,0 Prozent) die größten Anstiege an Unterbringungsverfahren nach dem Betreuungsrecht innerhalb des Betrachtungszeitraums (2011 bis 2015); die Bundesländer Sachsen (−16,7 Prozent), Hessen (−15,2 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (−15,2 Prozent) die größten Rückgänge bezogen auf 100 000 Einwohner. Im Bundesland Bremen ist die Entwicklung bis 2014 kontinuierlich steigend, wobei der größte Anstieg von 2013 auf 2014 festgestellt werden kann. Im Bundesland Sachsen ist die Entwicklung bis 2015 stets rückläufig, wobei der größte Rückgang von 2012 auf 2013 zu beobachten ist.

Im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung verzeichnen im Ländervergleich die Bundesländer Bremen und Schleswig-Holstein von 2011 bis 2015 durchweg die meisten Unterbringungsverfahren nach PsychKG je 100 000 Einwohner. Die größten Anstiege an Unterbringungsverfahren nach PsychKG je 100 000 Einwohner lassen sich in den Bundesländern Thüringen (+28,4 Prozent) und Sachsen-Anhalt (+23,9 Prozent) feststellen; die größten Rückgänge in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern (−8,2 Prozent) und Niedersachsen (−6,9 Prozent).

Betrachtet man die Gesamtzahlen der Unterbringungsverfahren im Ländervergleich, so lässt sich feststellen, dass die Bundesländer Bayern und Schleswig-Holstein von 2011 bis 2015 durchweg die meisten Unterbringungsverfahren je 100 000 Einwohner aufweisen. Brandenburg und Thüringen zeigen hingegen über die betrachteten Jahre die geringste Anzahl je 100 000 Einwohner; eine Ausnahme stellt das Jahr 2015 dar, in dem Sachsen-Anhalt an die Stelle von Thüringen tritt. Die größten Anstiege von 2011 bis 2015 an Unterbringungsverfahren insgesamt je 100 000 Einwohner zeigen die Bundesländer Thü-

ringen (+24,3 Prozent) und Bayern (+14,2 Prozent); die größten Rückgänge Berlin (−9,8 Prozent) und Niedersachsen (−8,0 Prozent).



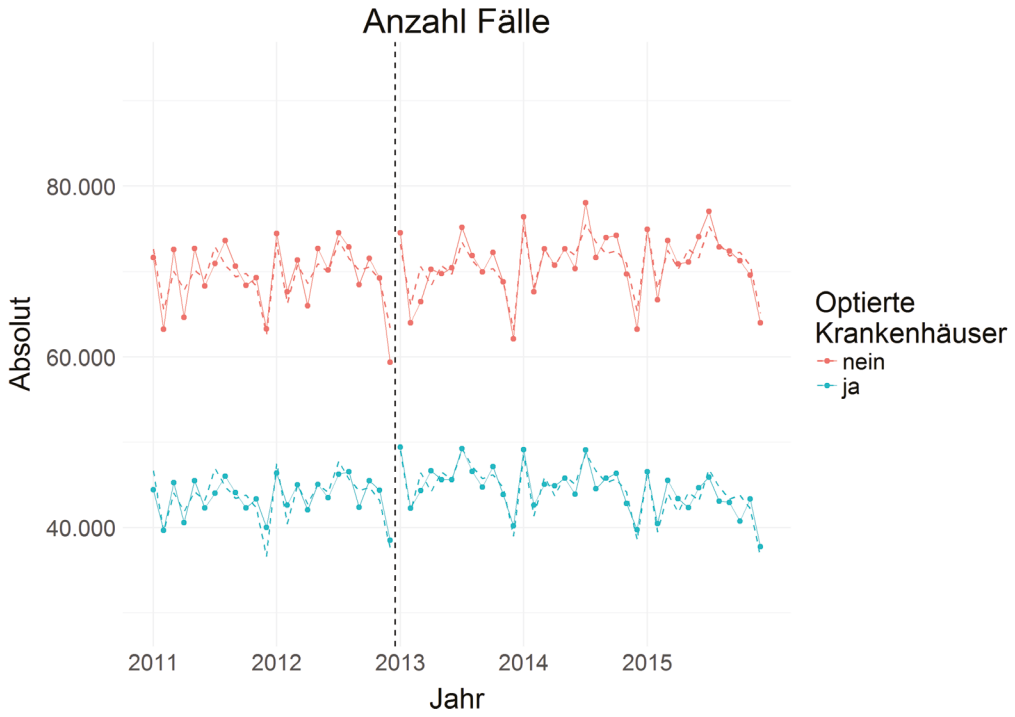
Datenquelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

Abbildung 6.7.: Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent)

Abbildung 6.7 stellt die Entwicklung der Bettenauslastung von 2011 bis 2015 dar. Die Bettenauslastung berechnet sich dabei als Quotient der Summe der Berechnungs- und Belegungstage in Relation zum Produkt der aufgestellten Betten und der Anzahl der Kalendertage im Berichtsjahr eines Krankenhauses. Sie betrug im Jahr 2011 93,6 Prozent und im Jahr 2015 93,3 Prozent, was einer leichten Senkung um 0,3 Prozentpunkte über den gesamten beobachteten Zeitraum hinweg entspricht. Umgerechnet ist die Bettenauslastung damit pro Jahr durchschnittlich um 0,1 Prozent gesunken.

Im Vergleich dazu steigt die Bettenauslastung in der Periode vor dem Analysezeitraum der vorliegenden Begleitforschung von 2008 bis 2010 leicht an. Diese betrug im Jahr 2008 92,7 Prozent und im Jahr 2009 93,3 Prozent, was einem Anstieg um 0,6 Prozentpunkte entspricht. Im Folgejahr 2010 sank die Bettenauslastung um 0,2 Prozentpunkte auf 93,1 Prozent. Der Indikator kann unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=1501&criterion=Gesamt abgerufen werden.

Inferenzstatistische Analyse der Sekundärdaten



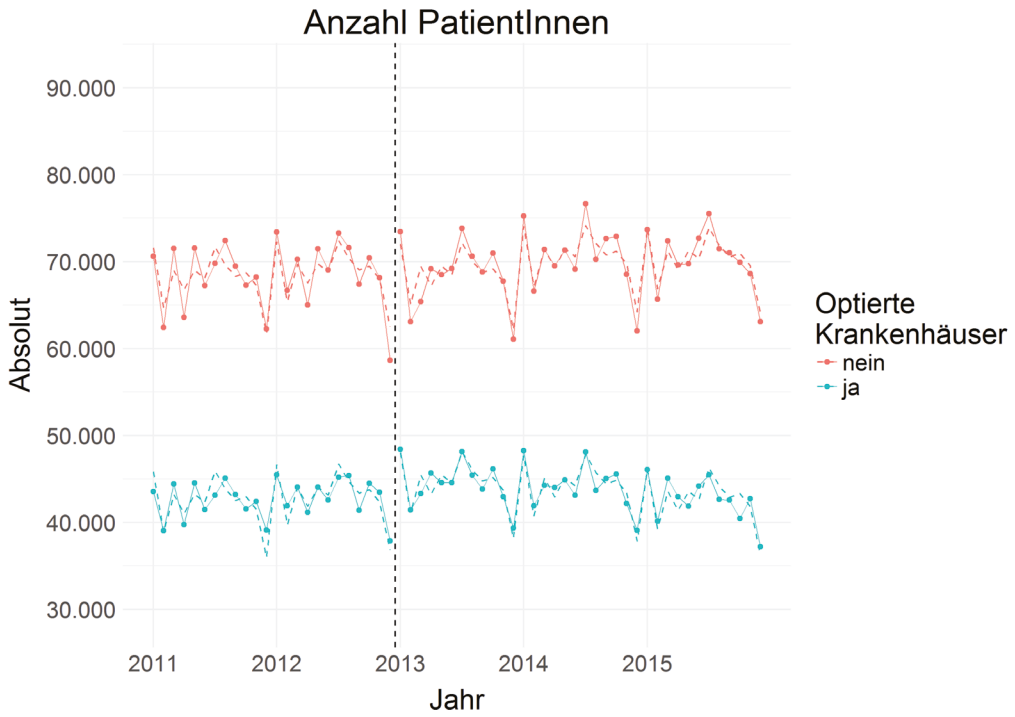
Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abrechnen (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe (vgl. Kapitel 3.3.4).
Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Abbildung 6.8.: Anzahl Fälle

Abbildung 6.8 zeigt die Entwicklung der Fallzahl von 2011 bis 2015. Die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, weist im Vergleich zur Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen, über den gesamten Zeitraum betrachtet pro Monat durchschnittlich 25 897 Fälle weniger auf. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0{,}001$) und zeigt, dass noch bis zum Ende des Beobachtungszeitraums dieses Berichts ein Großteil der Fälle mit TGPS vergütet werden. Die Anzahl der Fälle ist für beide Gruppen von Krankenhäusern im Zeitraum nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2013 bis 2015 im Vergleich zum Zeitraum vor der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2011 bis 2012 statistisch signifikant höher ($p < 0{,}01$). Die Ergebnisse zeigen auch, dass beide Gruppen von Krankenhäusern bei der monatlichen Anzahl der Fälle starken saisonalen Schwankungen unterliegen, die im Rahmen des statistischen Modells präzise berücksichtigt werden.

Über die grafische Analyse hinaus verdeutlichen die Regressionsergebnisse in Tabelle D.9 im Anhang, dass sich die monatliche Fallzahl zwischen beiden Gruppen von Krankenhäu-

sern aus statistischer Sicht nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems nicht unterschiedlich verändert ($p > 0{,}1$).



Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abrechnen (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe (vgl. Kapitel 3.3.4).
Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Abbildung 6.9.: Anzahl PatientInnen

Abbildung 6.9 beschreibt die Entwicklung der PatientInnenzahl von 2011 bis 2015. Die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, weist im Vergleich zur Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen, über den gesamten Zeitraum betrachtet pro Monat durchschnittlich 25 723 PatientInnen weniger auf. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0{,}001$). Ebenso wie die Anzahl der Fälle ist die Anzahl der PatientInnen für beide Gruppen von Krankenhäusern im Zeitraum nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2013 bis 2015 im Vergleich zum Zeitraum vor der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2011 bis 2012 statistisch signifikant höher ($p < 0{,}01$) und weist starke saisonale Schwankungen auf.

Über die grafische Analyse hinaus verdeutlichen die Regressionsergebnisse in Tabelle D.10 im Anhang, dass sich die monatliche Anzahl der PatientInnen zwischen beiden Gruppen von Krankenhäusern aus statistischer Sicht nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems nicht unterschiedlich verändert ($p > 0{,}1$).

6.2. Diskussion

Die Ergebnisse der deskriptiven Analyse auf Grundlage der Leistungsdaten sowie der Grunddaten der Krankenhäuser im Rahmen der Begleitforschung zeigen, dass die Zahl der voll- und teilstationären Fälle im Psych-Entgeltbereich im Zeitraum von 2011 bis 2015 um insgesamt 4,9 Prozent gestiegen ist. Gemäß dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wird auch in den zukünftigen Jahren die Zahl der PatientInnen erheblich steigen [67].

Unter Berücksichtigung der langjährigen Verfügbarkeit der Daten des statistischen Bundesamtes ist eine Differenzierung der Fallzahl nach Versorgungsbereichen in die Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, (Erwachsenen-)Psychiatrie und -psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik möglich. Demnach stieg die Anzahl der Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von 2011 auf 2015 um 17,7 Prozent bzw. um 8 678 Fälle auf 57 653 Fälle, in der Psychiatrie und Psychotherapie um 2,4 Prozent bzw. um 19 679 Fälle auf 835 298 Fälle und in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik um 19,5 Prozent bzw. um 13 570 Fälle auf 83 012 Fälle. Diese Entwicklung folgt bereits einem Trend seit 2008. Die Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stiegen von 2008 bis 2011 um durchschnittlich 5,1 Prozent pro Jahr, in der Psychiatrie und Psychotherapie im Mittel um 1,5 Prozent und im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik um durchschnittlich 10,5 Prozent an.

Zur Interpretation der Fallzahlentwicklung ist die gleichzeitige Betrachtung der Änderung der dazugehörigen PatientInnenzahl notwendig. Da die Anzahl der PatientInnen auf dieser Differenzierungsebene beim statistischen Bundesamt nicht zur Verfügung steht, wurden eigene Berechnungen auf Grundlage der Leistungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland durchgeführt. Demnach stieg im Zeitraum von 2011 bis 2015 auch die Anzahl der PatientInnen in den Versorgungsbereichen Psychiatrie und Psychotherapie (+0,1 Prozent bzw. +433 PatientInnen auf 770 146 PatientInnen), Kinder- und Jugendpsychiatrie (+8,5 Prozent bzw. +3 892 PatientInnen auf 49 940 PatientInnen) sowie Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik (+25,3 Prozent bzw. +12 826 PatientInnen auf 63 520 PatientInnen) an. Im Vergleich zu den prozentualen Veränderungen der Fallzahl sind die prozentualen Veränderungen der Anzahl der PatientInnen in allen drei Versorgungsbereichen ähnlich, wenn auch etwas kleiner.

Die Entwicklungen von 2011 bis 2015, die die gesetzlichen Unterbringungen betreffen, zeigen auf Bundesebene Verschiebungen zwischen der zivilrechtlichen und der öffentlich-rechtlichen Unterbringung. Es ist zu beobachten, dass die zivilrechtlichen Unterbringungen nach Betreuungsrecht bis zum Jahr 2013 einem Abwärtstrend und ab dem Jahr 2014 einem Aufwärtstrend folgen. Demgegenüber ist zu beobachten, dass die Unterbringungen nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder bis zum Jahr 2013 einem Aufwärtstrend gefolgt sind und die Entwicklungen ab dem Jahr 2014 stabil sind. Der deutliche Anstieg der Unterbringungsverfahren insgesamt gem. §§ 1906 und 1846 BGB und PsychKG (wie in Abbildung 6.3 dargestellt) ab dem Jahr 2014 lässt sich schlussfolgernd auf eine deutliche Zunahme der vorläufigen Unterbringungsverfahren (§ 1846 BGB) zurückführen. Im Län-

dervergleich über den Betrachtungszeitraum auffällig sind Brandenburg und Thüringen mit den an den Einwohnerzahlen gemessenen seltensten Unterbringungsverfahren insgesamt, gleichzeitig jedoch mit den größten Anstiegen in den vorläufigen Unterbringungen nach § 1846 BGB (Brandenburg) bzw. Unterbringungen nach PsychKG (Thüringen). Es bleibt zu beobachten, wie sich die Zahlen ab dem Jahr 2016 weiterentwickeln, um eine eindeutige Tendenz seit der PEPP-Einführung bestätigen zu können.

Bei den Statistiken zu den Betreuungsverfahren nach BGB ist zu berücksichtigen, dass sowohl Erwachsene mit psychischer Krankheit als auch mit körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung gleichermaßen impliziert sind [9]. Des Weiteren können die Unterbringungen in einer Psychiatrie oder der geschlossenen Abteilung einer SeniorInneneinrichtung erfolgt sein. Eine Differenzierung dahingehend – sowie beispielsweise nach dem Alter der Untergebrachten – ist nicht möglich [13].

Die Zahlenreihe zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung stammt aus durchgeführten Verfahren gem. § 312 Nr. 3 FamFG, die in den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder geregelt sind. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sie keine Rückschlüsse auf die genehmigten Verfahren bzw. die tatsächlich untergebrachten Menschen zulassen [6, 13]. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Daten eine gewisse Unschärfe aufweisen, da bspw. das Zusammenspiel der Bundes- und Ländergesetzgebung in den einzelnen Ländern variieren kann [52].

Mögliche Einflussgrößen – neben der Einführung des PEPP-Entgeltsystems im Jahr 2013 – stellen zudem Änderungen in der Gesetzeslage auf Bundes- und Länderebene, neue Krankheitheitsbilder sowie die Prävalenz der Arbeitsunfähigkeit dar. So haben ein Beschluss des BGH im Jahr 2011 und zuletzt sogar ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts die Anwendung von Zwangsbehandlungen stärker geregelt und in den Bundesländern zu Änderungen der PsychKG geführt. Die bundesweite Gesetzesänderung könnte in Zusammenhang mit der Zunahme der vorläufigen Unterbringungsverfahren (§ 1846 BGB) stehen, wobei die tatsächlichen Unterbringungsverfahren (§ 1906 BGB, PsychKG) davon annähernd unberührt bleiben. In den beiden auffälligen Bundesländern Brandenburg und Thüringen lassen sich die gezeigten Entwicklungen nicht auf gesetzliche Änderungen des PsychKG zurückführen.

Laut Robert Koch-Institut [40] gibt es keine Anzeichen für eine Zunahme von psychischen Erkrankungen in Deutschland bis 2015, jedoch steigt die Anzahl von psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, vermutlich in Folge eines gesteigerten Bewusstseins und veränderten Diagnose- und Krankschreibungsverhaltens. Diese Annahme konnte einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer [12] zufolge jedoch für die Jahre 2011 bis 2013 nicht bestätigt werden. Es ist anzunehmen, dass Änderungen in der Morbiditätsstruktur insgesamt keine sichtbaren Einflussgrößen auf die Entwicklungen der gesetzlichen Unterbringungsverfahren in den Jahren 2011 bis 2015 darstellen.

Die Ergebnisse der inferenzstatistischen Analyse auf Grundlage der Leistungsdaten zeigen aber, dass es keine statistisch signifikante unterschiedliche Veränderung in der Anzahl der Fälle nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems zwischen der Gruppe von Krankenhäusern, die ab dem Jahr 2013 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben,

und der Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen, gibt. Die Entwicklung der Anzahl der PatientInnen verläuft ähnlich der Entwicklung der Fallzahl, so dass aus statistischer Sicht ebenfalls keine unterschiedliche Veränderung zwischen diesen beiden Gruppen von Krankenhäusern nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems erkennbar ist. Auch innerhalb der typischerweise klinisch umfassend behandelnden Psychiatrie und Psychotherapie sind keine besonderen, diagnosegruppen-spezifischen Entwicklungen speziell bei der Gruppe von Krankenhäusern, die freiwillig das PEPP-Entgeltsystems eingeführt haben, zu erkennen.

Aufgrund der Degression in der Vergütung mit der Anzahl der Verweildauertage könnte es sein, dass die Anreize der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems für die Kurzlieger stärker sind als für die Langlieger. Im Rahmen von inferenzstatistischen Analysen, die die PatientInnen zusätzlich in Kurz- und Langlieger unterteilt, zeigt sich, dass keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Entwicklung der Fallzahl zwischen Kurz- und Langliegern bestehen. Das gleiche Ergebnis ergibt sich bei weiterführenden inferenzstatistischen Analysen des Indikators „Anzahl PatientInnen“.

Zusätzlich könnte es sein, dass sich die Anzahl der Fälle vor allem für elektive Aufnahmen nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems verändert und Notfälle von der Einführung des pauschalierenden Vergütungssystems nicht betroffen sind. Im Rahmen von inferenzstatistischen Analysen, die die PatientInnen zusätzlich in elektive Fälle und Notfälle unterteilen, zeigt sich, dass keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Entwicklung der Fallzahl zwischen elektiven Fällen und Notfällen bestehen. Das gleiche Ergebnis ergibt sich bei weiterführenden inferenzstatistischen Analysen des Indikators „Anzahl PatientInnen“.

Die Veränderung der Bettenauslastung, die anhand des Indikators „Anteil Betten mit Belegung an allen Betten“ gemessen wurde, kann als gering eingeschätzt werden. Sie liegt aus klinischer Perspektive durchaus innerhalb der normalen Schwankungsbreite für den Indikator, wenngleich auf einem hohen Niveau des Nutzungsgrades. Schließt man die Jahre 2008 bis 2010 in die Analyse mit ein, wird deutlich, dass die Entwicklung der Bettenauslastung keinem Trend folgt. Die spezifische Lage von Feiertagen, insbesondere Weihnachten, könnte z. B. bereits zu den beobachteten, sehr kleinen Veränderungen zwischen zwei Kalenderjahren beitragen. Ein Zusammenhang zwischen dem Rückgang der Bettenauslastung im Berichtszeitraum und der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems kann auf Basis der vorliegenden Daten daher nicht identifiziert werden.

Diese Ergebnisse bedeuten in der Gesamtbetrachtung, dass die beobachteten Veränderungen in der Anzahl der Fälle und der Anzahl der PatientInnen wahrscheinlich nicht auf die Einführung des PEPP-Entgeltsystems zurückzuführen sind. Nachdem die Anzahl der Fälle und die Anzahl der PatientInnen für beide Gruppen von Krankenhäusern im Zeitraum nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2013 bis 2015 im Vergleich zum Zeitraum vor der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2011 bis 2012 statistisch signifikant höher ist, scheinen vielmehr eine veränderte Nachfrage nach Krankenhausleistungen oder Änderungen in den medizinischen Behandlungsmethoden –

unabhängig von der Einführung des PEPP-Entgeltsystems – zu einer Veränderung in der Anzahl der Fälle bzw. der Anzahl der PatientInnen geführt zu haben.

Im Rahmen der strukturierten Literaturrecherche ist die Studie von Steele et al. [62], die im stationären Versorgungssektor in Kanada unter einer prospektiven Vergütung im Vergleich zu einer kostenbasierten Vergütung im Zeitraum von April 2009 bis März 2011 einen Anstieg der Fallzahlen beobachten, noch am ehesten mit der Reformsituation in Deutschland vergleichbar. Die in der vorliegenden begleitenden Forschung im Unterschied zu Steele et al. [62] unveränderte Fallzahl nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems wird wahrscheinlich vor allem dadurch erklärt, dass das pauschalierende Vergütungssystem in Deutschland zum Zeitpunkt der freiwilligen Einführung noch nicht verpflichtend oder budgetwirksam war. Die dritte und letzte Phase der Begleitforschung schließt zwar den Zeitpunkt der verpflichtenden Einführung des PEPP-Entgeltsystems (01.01.2018) mit ein, allerdings sind für die Krankenhäuser auch zu diesem Zeitpunkt noch keine Konsequenzen für die Budgets zu erwarten.

Es sei auch erwähnt, dass Wechselwirkungen mit der Veränderung des Behandlungsspektrums (s. Kapitel 7) möglich sind. Es könnte z. B. sein, dass die freiwillige Einführung des PEPP-Entgeltsystems weniger die Anreize zur Veränderung der Fallzahl, sondern mehr den Anreiz zur Veränderung der Behandlung setzt. Das nachfolgende Kapitel analysiert daher die Veränderung der Behandlung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems.

7. Veränderungen der Behandlung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Im Kontext der regulatorisch initiierten Umstellung der Vergütung von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausleistungen stellt sich die Frage, ob und inwieweit Krankenhäuser mit einer Anpassung der Behandlung von PatientInnen reagieren. Die Evidenz aus den USA deutet darauf hin, dass das dortige DRG-basierte prospektive Entgeltsystem einen Einfluss auf die Verweildauer von PatientInnen im Krankenhaus hatte [17]. Weitere Studien zeigen, dass Veränderungen in der Vergütung von Leistungen auch das Behandlungsspektrum, die Therapieform und die Krankenhausprozesse verändern können [1].

Die folgenden Unterkapitel beschreiben daher vor allem die Veränderungen der Behandlung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems hat zu einer Vielzahl von Preisänderungen für stationäre Versorgungsleistungen geführt. Diese Preisänderungen können unter anderem einen Anreiz schaffen, das Behandlungsangebot eines Krankenhauses auszuweiten (oder ggf. zu reduzieren). Potenzielle Veränderungen in der vollstationären Versorgung sollen anhand der absoluten Häufigkeit der im Psych-Entgeltbereich abgerechneten Behandlungstage gemessen und im Zeitverlauf dargestellt werden.

In Bezug auf das Behandlungsspektrum ist beispielsweise die Entwicklung im Bereich spezifischer therapeutischer Verfahren und begleitender Behandlungsangebote ein wichtiger zu untersuchender Indikator. Für den vorliegenden Bericht wird hierfür auf Daten der Krankenhausbefragung zurückgegriffen. Die stationäre psychiatrische/psychosomatische Behandlung kann auch hinsichtlich ihrer Inhalte in Regel- und Intensivbehandlung unterschieden werden. Gemäß Kodierrichtlinien ist eine Intensivbehandlung mit besonders hohem Betreuungsaufwand und dem Vorliegen bestimmter PatientInnenmerkmale (z. B. Anwendung von Sicherungsmaßnahmen, akute Selbst- oder Fremdgefährdung) verbunden [38]. Auch bei konstantem Behandlungsvolumen könnte es aufgrund der Einführung von PEPP zu Verschiebungen innerhalb des Therapie- bzw. Behandlungsspektrums, d. h. zwischen der Regel- und Intensivbehandlung, kommen. Diese Verschiebungen können sowohl medizinische (z. B. Prozess- und Ergebnisqualität) als auch ökonomische (z. B. Kosten bzw. Vergütung) Auswirkungen haben. Die Indikatoren „Anteil Behandlungstage mit Regelbehandlung an allen Behandlungstagen“ bzw. „Anteil Behandlungstage mit Intensivbehandlung an allen Behandlungstagen“ sollen einen Überblick über Veränderungen des Behandlungsspektrums geben, die ggf. mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems in Zusammenhang stehen. In Ergänzung dazu, wurde für diesen Indikator die deskriptive Analyse durch eine inferenzstatistische Analyse erweitert.

In stationären Einrichtungen findet eine Vielzahl interdependenter Prozesse statt, die insbesondere medizinisch, aber häufig auch administrativ begründet sind. Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems kann z. B. über strukturelle und verwaltungsbedingte Veränderungen Einfluss auf die medizinischen Arbeitsabläufe haben. Dass der Wechsel der Vergütungsmodalitäten einen erhöhten Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand für das medizinische Personal bedeutet, ist zumindest für die unmittelbare Zeit nach der Umstellung anzunehmen. Doch auch langfristig verändern sich die Arbeitsabläufe, sodass die für medizinische Behandlungsprozesse verfügbare Zeit u. U. beeinträchtigt werden kann. Der ausgewählte Indikator „Mittlere Verweildauer“ misst die durchschnittliche Anzahl der Behandlungstage je Fall. Sollten Veränderungen in den Prozessen der Krankenhäuser die medizinische Behandlung beeinflussen, könnten sich erste Anzeichen in Veränderungen der mittleren Verweildauer niederschlagen. Auch für diesen Indikator wurde zusätzlich eine inferenzstatistische Analyse durchgeführt.

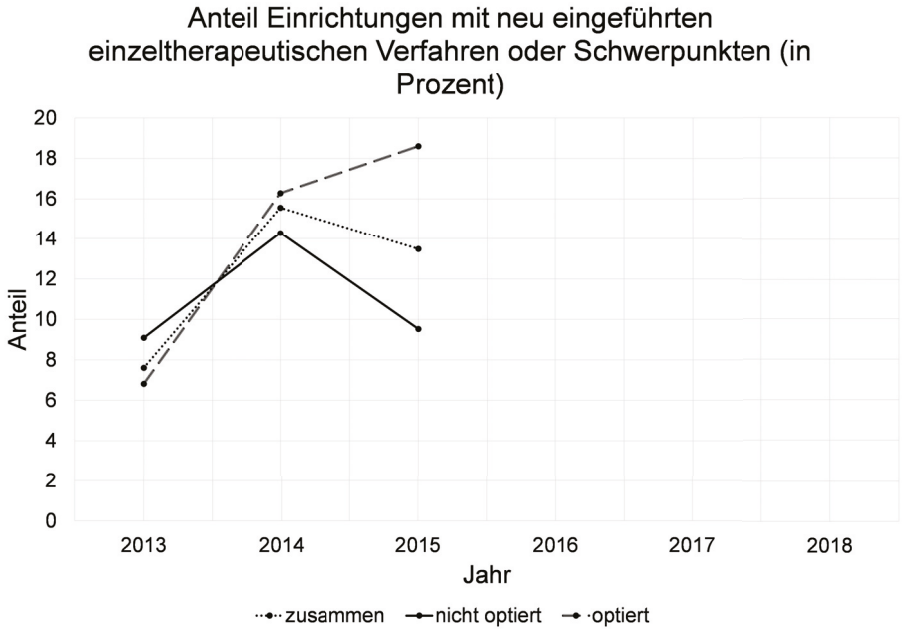
Die Untersuchung der Entwicklung des Behandlungsspektrums und der Therapieformen sowie der Krankenhausprozesse basiert auf – primär auf für diesen Zweck erhobenen – Daten einer Krankenhausbefragung sowie auf aggregierten und fallbezogenen Leistungsdaten der Krankenhäuser (Datengrundlage gem. § 21 KHEntgG) sowie Daten des Statistischen Bundesamtes. Im Fokus stehen hierbei die Datenjahre 2011 bis 2015, d. h. der Zeitraum vor und nach der optionalen Einführung des PEPP-Entgeltsystems.

Neben einer Beschreibung der beobachteten Entwicklung der Indikatoren wird im Rahmen von inferenzstatistischen Analysen für ausgewählte Indikatoren erörtert, ob und in welcher Größenordnung sich etwaige Veränderungen bei der Entwicklung der Indikatoren nach dem Zeitpunkt der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in 2013 vor allem auf die Gruppe von Krankenhäusern konzentriert, die für eine Abrechnung nach dem PEPP-Entgeltsystem optiert haben. Hierfür kann der Umstand genutzt werden, dass sowohl Beobachtungen aus Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Abrechnung von PEPPs optiert haben (Quasi-Experimentalgruppe), als auch aus Einrichtungen, die im Beobachtungszeitraum weiterhin TGPS abgerechnet haben (Kontrollgruppe), für die Jahre 2011 bis 2015 vorliegen und deren Entwicklungen miteinander verglichen werden können (s. Kapitel 3). Die Struktur der verbalen Interpretation der Ergebnisse ist dabei an das methodische Vorgehen angelehnt und enthält für jeden ausgewählten Indikator i. d. R. drei Komponenten: 1) Beschreibung des generellen Unterschieds zwischen den Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und den Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung; 2) Beschreibung des generellen Unterschieds zwischen den Jahren 2011 bis 2012 und den Jahren 2013 bis 2015; 3) Beschreibung des speziellen Effekts für Krankenhäuser mit PEPP-Abrechnung nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in den Jahren 2013 bis 2015.

7.1. Behandlungsspektrum und Therapieformen

Deskriptive Analyse der Primärdaten

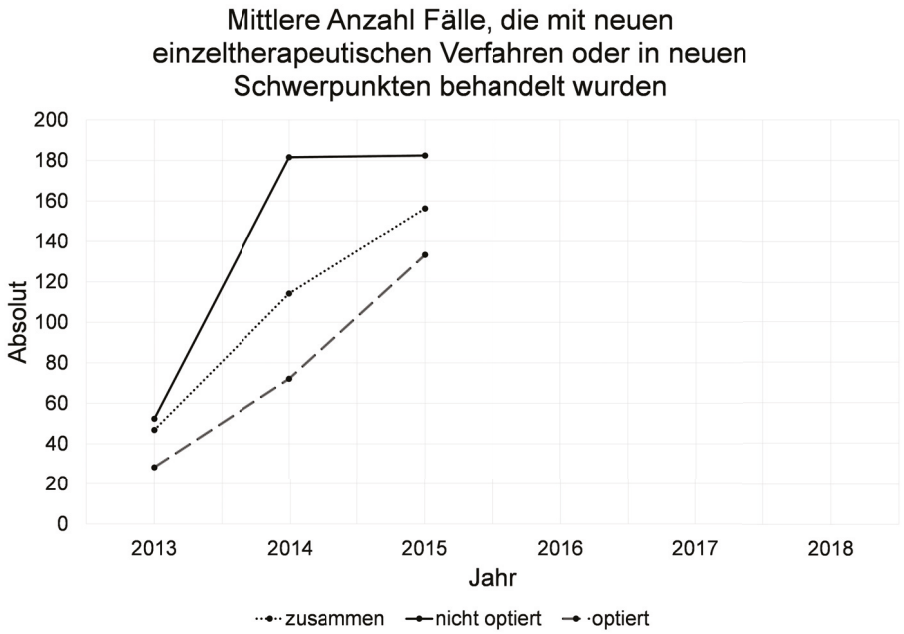
Das Leistungsspektrum wird durch den Krankenhausfragebogen Teil B erfasst, der innerhalb der Einrichtungen von den MitarbeiterInnen mit PatientInnenkontakt beantwortet wurde. Von Teil B liegen insgesamt 93 ausgefüllte Fragebögen für die nachfolgenden Auswertungen vor.



Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 7.1.: Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten einzeltherapeutischen Verfahren oder Schwerpunkten (in Prozent)

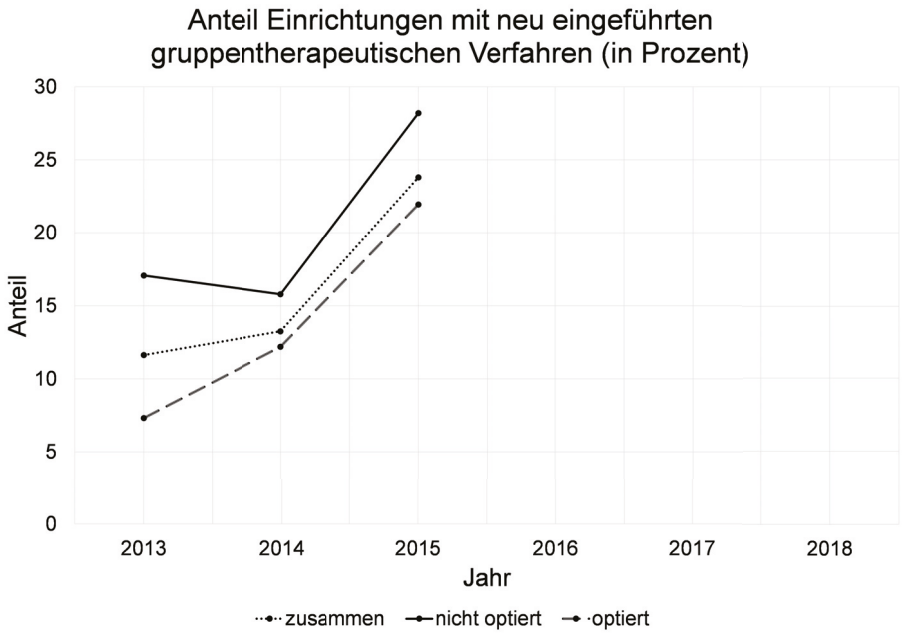
In Optionshäusern steigt die Anzahl neu eingeführter einzeltherapeutischer Verfahren bzw. Schwerpunkte über die Jahre kontinuierlich an. Im Jahr 2013 liegt der Anteil an Einrichtungen, die mindestens ein einzeltherapeutisches Verfahren neu eingeführt haben, bei 6,8 Prozent, im Jahr 2014 liegt er bei 16,3 Prozent und steigt auf 18,6 Prozent in 2015 an (s. Abbildung 7.1). Eine gegenläufige Entwicklung findet in den Nicht-Optionshäusern statt. Im Jahr 2013 liegt der Anteil mit 7,6 Prozent noch über dem der Optionshäuser, im Jahr 2014 mit 14,3 Prozent schon etwas darunter. Im Jahr 2015 fällt der Anteil auf 9,5 Prozent und liegt damit rund 9 Prozentpunkte unter dem der Optionshäuser.



Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 7.2.: Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen einzeltherapeutischen Verfahren oder in neuen Schwerpunkten behandelt wurden

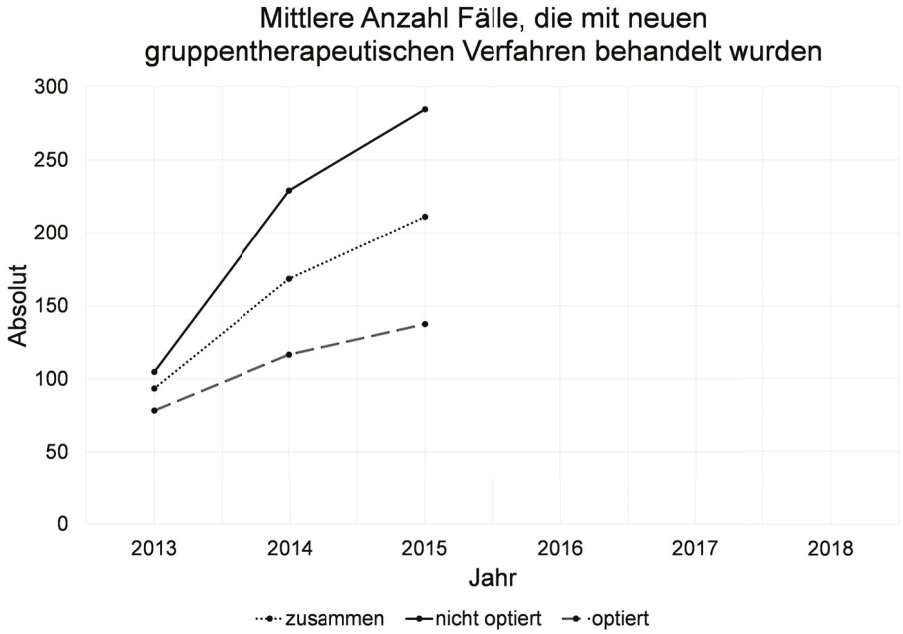
In den Optionshäusern steigt die Anzahl der mit neu eingeführten, einzeltherapeutischen Verfahren bzw. neu eingeführten Schwerpunkten behandelten Fälle kontinuierlich von durchschnittlich 28,4 Fällen im Jahr 2013 über 72,1 Fälle im Jahr 2014 auf 133 Fälle im Jahr 2015 an (s. Abbildung 7.2). In den Nicht-Optionshäusern steigt die Anzahl der Fälle von zunächst 52,4 Fällen in 2013 auf 182 Fälle in 2014 stark an, um dann im Jahr 2015 auf diesem Niveau zu stagnieren. Insgesamt gaben 33 der 93 Einrichtungen an, in den Jahren 2013 bis 2015 neue einzeltherapeutische Verfahren oder Schwerpunkte eingeführt zu haben. Lediglich eine Einrichtung berichtete, dass dafür andere Verfahren oder Schwerpunkte eingestellt oder reduziert wurden.



Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 7.3.: Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten gruppentherapeutischen Verfahren (in Prozent)

Auch der Anteil der Einrichtungen, die im Beobachtungszeitraum neue gruppentherapeutische Verfahren einführten, steigt in der Gruppe der Optionshäusern über die Jahre kontinuierlich an (7,3; 12,2; 22,0 Prozent, s. Abbildung 7.3). In Nicht-Optionshäusern fällt der Anteil auf vergleichsweise hohem Niveau von 2013 auf 2014 leicht ab (17,1; 15,8 Prozent), um zum Jahr 2015 wieder deutlich auf 28,2 Prozent anzusteigen.

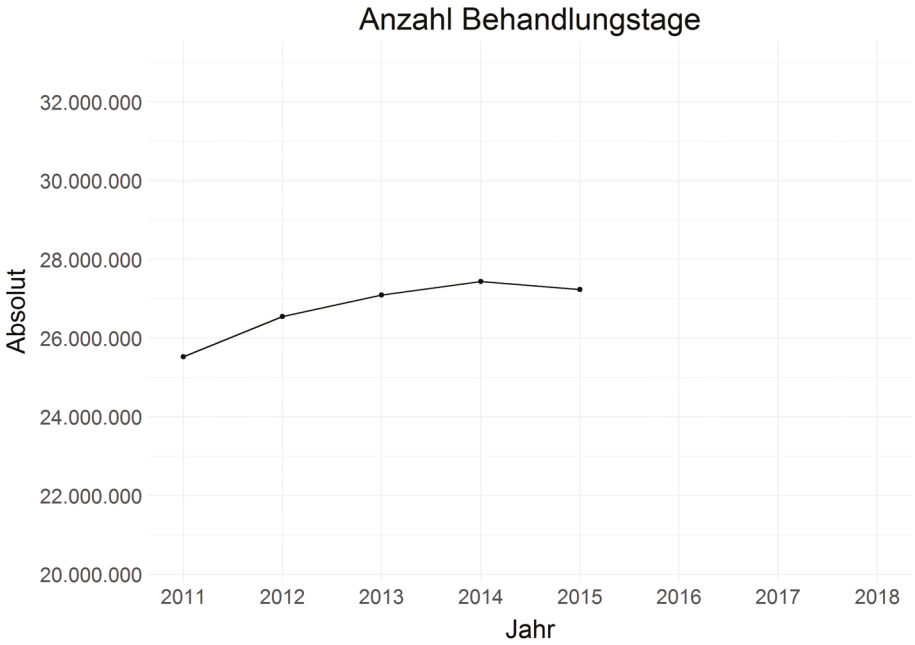


Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 7.4.: Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen gruppentherapeutischen Verfahren behandelt wurden

Parallel zur steigenden Anzahl neu eingeführter gruppentherapeutischer Verfahren steigen die Zahlen der damit behandelten Fälle stetig an, in Optionshäusern von durchschnittlich 78,3 Fällen im Jahr 2013 auf 137 Fälle im Jahr 2015, in Nicht-Optionshäusern von 105 auf 285 Fälle pro Jahr (s. Abbildung 7.4).

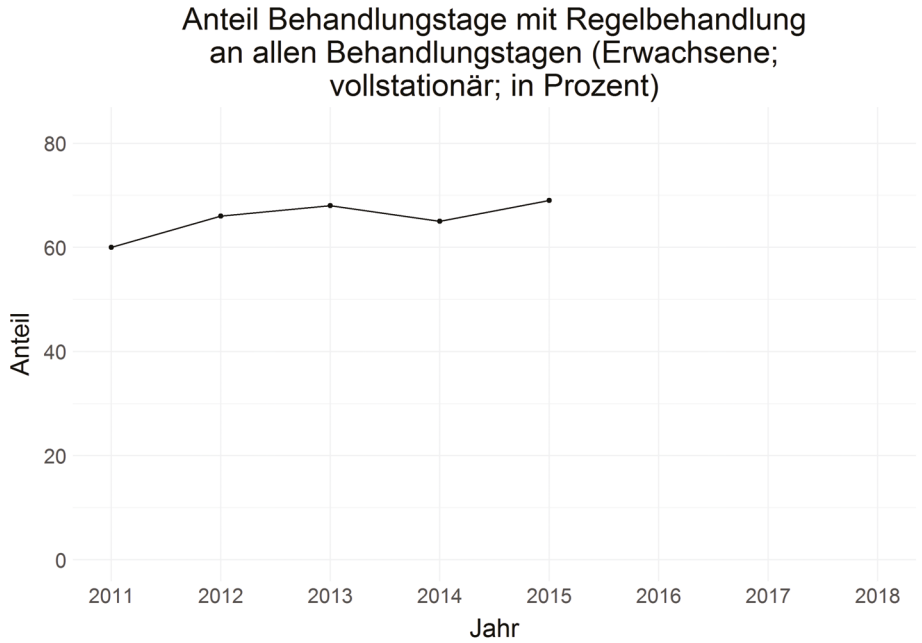
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

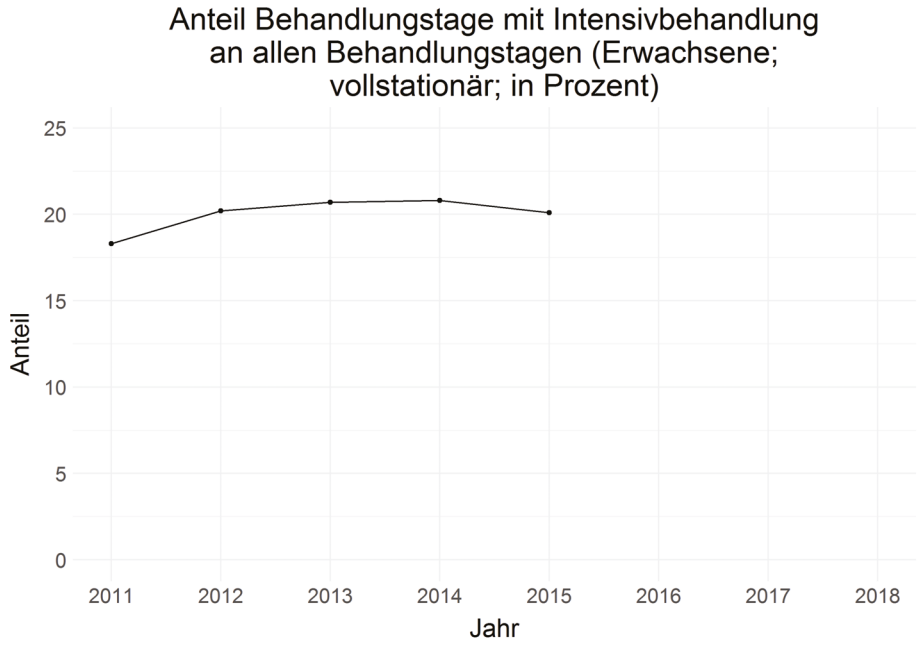
Abbildung 7.5.: Anzahl Behandlungstage

Abbildung 7.5 beschreibt die Anzahl der Behandlungstage aus dem Psych-Entgeltbereich von 2011 bis 2015, wobei Fälle aus psychosomatischen Einrichtungen nicht berücksichtigt worden sind. Im Jahr 2011 wurden insgesamt 25 532 380 und im Jahr 2015 27 238 221 Behandlungstage dokumentiert. Während die Zahl der Behandlungstage bis zum Jahr 2014 auf 27 436 683 anstieg (+7,5 Prozent), fiel sie im Folgejahr leicht um 0,7 Prozent. Für den gesamten Berichtszeitraum ergibt sich damit ein Zuwachs in Höhe von rund 6,7 Prozent. Die beschriebene Entwicklung war relativ heterogen, wenn auf der Ebene der Bundesländer ausgewertet wurde. Während die Anzahl der Behandlungstage aus dem Psych-Entgeltbereich in Schleswig-Holstein im Zeitraum vor der Einführung von PEPP stark abnahm (−8,4 Prozent), konnte in Baden-Württemberg ein deutlicher Zuwachs registriert werden (+12,5 Prozent). Nach der Einführung von PEPP hingegen, stieg die Anzahl an Behandlungstagen in Schleswig-Holstein in den Jahren 2013 bis 2015 um 25,4 Prozent stark an, während sich im selben Zeitraum der Zuwachs in Baden-Württemberg nur leicht fortsetzte (+1,6 Prozent). Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 erlaubt den interessierten LeserInnen weitere detaillierte beschreibende Analysen zu diesem Indikator unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=2601&criterion=Gesamt.



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 7.6.: Anteil Behandlungstage mit Regelbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

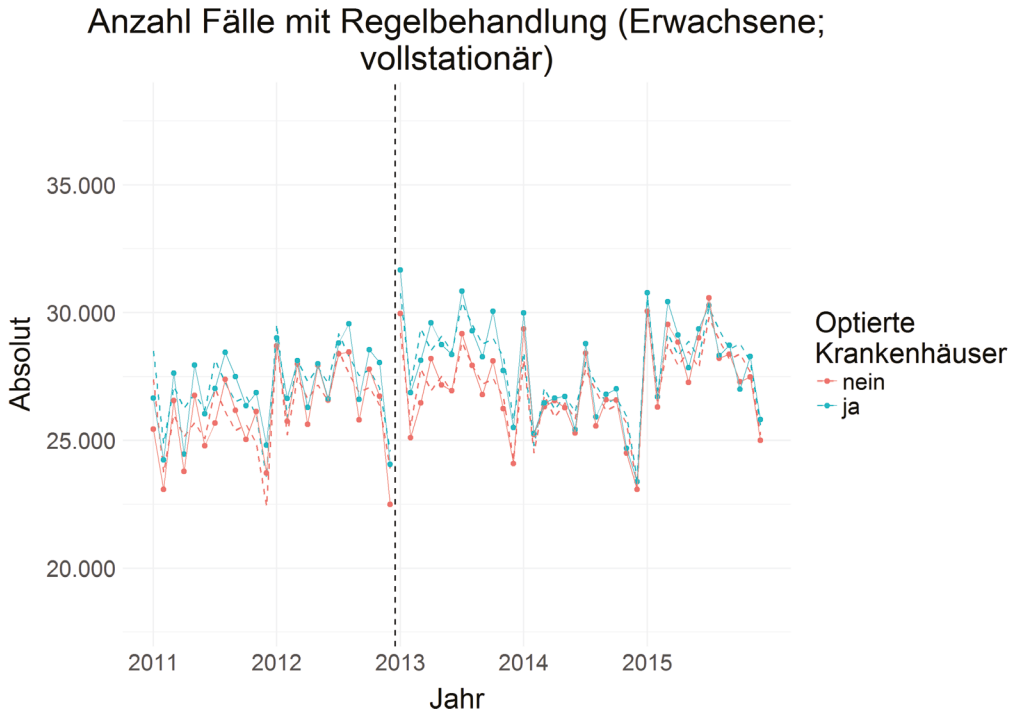
Abbildung 7.7.: Anteil Behandlungstage mit Intensivbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)

Die Abbildungen 7.6 bzw. 7.7 beschreiben die Entwicklung des Anteils vollstationärer Behandlungstage mit Regel- bzw. Intensivbehandlung[26] bei Erwachsenen an allen vollstationären Behandlungstagen für Erwachsene im Zeitraum von 2011 bis 2015. Eine psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung umfasst ärztliche und ggf. psychologische Gespräche sowie die Basisversorgung durch weitere Berufsgruppen im Krankenhaus. Dementsprechend wird eine Intensivbehandlung kodiert, wenn ein verstärkter Betreuungsaufwand besteht, beispielsweise durch die Notwendigkeit von Sicherungsmaßnahmen aufgrund akuter Fremd- oder Selbstgefährdung. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt zumeist bei häufigen, nicht planbaren und zeitlich begrenzten Einzelkontakten.

Der Anteil der Behandlungstage für die Regelbehandlung betrug im Jahr 2011 60 Prozent und im Jahr 2015 69 Prozent (+9,0 Prozentpunkte). Der Anteil der Behandlungstage mit Intensivbehandlung betrug im Jahr 2011 18 Prozent und im Jahr 2015 20 Prozent (+2,0 Prozentpunkte). Während der Anteil in der Regelbehandlung bis 2013 kontinuierlich anstieg (auf 68 Prozent) und im Jahr 2014 auf 65 Prozent zurückging, stieg der Anteil in der Intensivbehandlung bis zum Jahr 2014 kontinuierlich auf 21 Prozent und sank erst im Folgejahr um einen Prozentpunkt. Weitergehende Analysen und zusätzliche Differenzierungsmöglichkeiten zu diesem Indikator sind unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=4201&criterion=Gesamt bzw. https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=4202&criterion=Gesamt zu finden.

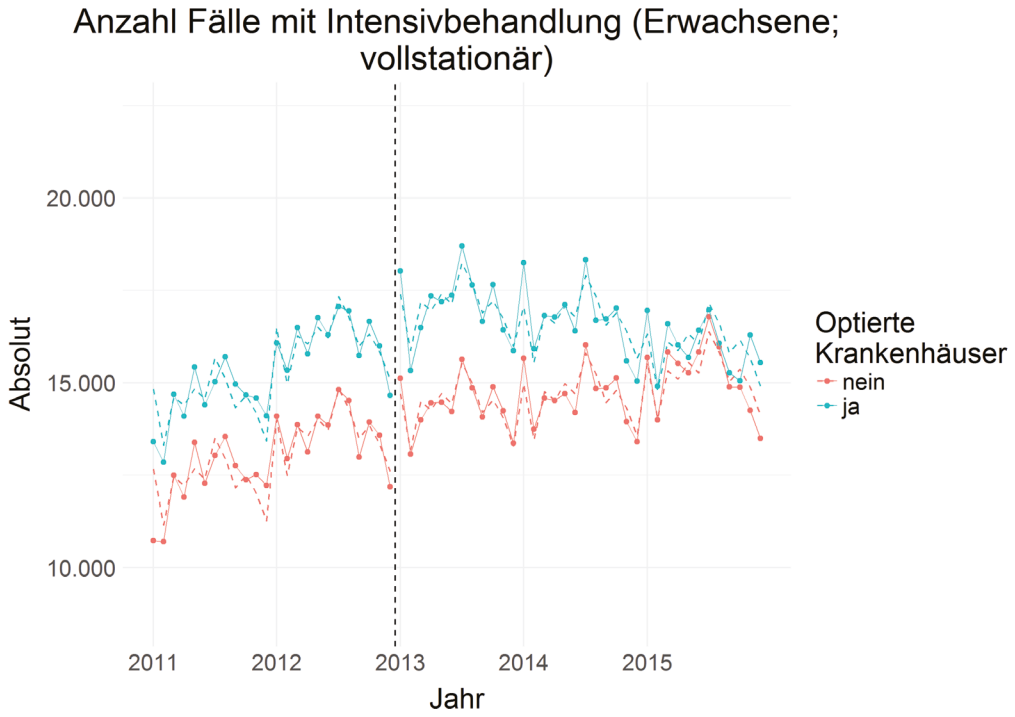
[26] Die Merkmale „Regel-“ bzw. „Intensivbehandlung“ wurden anhand der entsprechenden OPS-Kodes in den Abrechnungsdaten identifiziert. Weitere Behandlungsmerkmale bei psychischen und psychosomatischen sowie Verhaltensstörungen bei Erwachsenen umfassen u. a. die sogenannte Komplexbehandlung, erhöhten Betreuungsaufwand, kriseninterventionelle Behandlung sowie eine ganze Reihe weiterer Merkmale zur Abbildung unterschiedlicher Maßnahmen (vgl. https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/index.htm).

Inferenzstatistische Analyse der Sekundärdaten



Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abrechnen (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe (vgl. Kapitel 3.3.4).
Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Abbildung 7.8.: Anzahl Fälle mit Regelbehandlung (Erwachsene; vollstationär)



Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abrechnen (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe (vgl. Kapitel 3.3.4).
Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

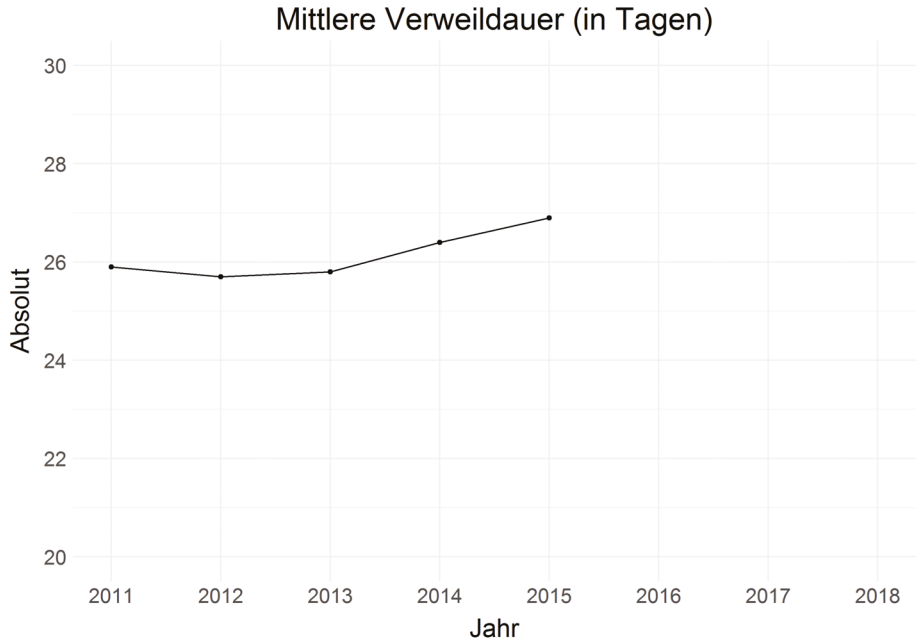
Abbildung 7.9.: Anzahl Fälle mit Intensivbehandlung (Erwachsene; vollstationär)

Zusätzlich zur beschreibenden Analyse der Behandlungsmerkmale „Regel“ bzw. „Intensiv“ wird die jeweilige Fallzahl zusätzlich inferenzstatistisch untersucht. Der Fokus liegt hierbei allerdings auf der Frage, ob sich die Fallzahlen nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems in der Gruppe der Optionskrankenhäuser und der Gruppe der Nicht-Optionshäuser unterschiedlich entwickelt hat. Es ist zu beachten, dass die beiden Indikatoren für die inferenzstatistische Analyse (gegenüber der deskriptiven Auswertung, s. o.) hierfür neu operationalisiert wurden. Konkret wurde die Anzahl der Fälle (nur vollstationär behandelte Erwachsene) berechnet, bei denen mindestens einmal das Merkmal „Regelbehandlung“ (Abbildung 7.8) bzw. „Intensivbehandlung“ (Abbildung 7.9) anhand einer entsprechenden OPS-Kodierung identifiziert wurde. Das Ausgangsniveau der Fallzahlen unterscheidet sich zwischen der Quasi-Experimental- und der Kontrollgruppe mehr (Intensivbehandlung) oder weniger (Regelbehandlung) deutlich. Für beide Indikatoren sind ein leicht positiver zeitlicher Trend und ausgeprägte saisonale Schwankungen zu beobachten.

Die grafische Auswertung wird durch die Ergebnisse der Regressionsanalyse ergänzt, die in Tabelle E.10 dargestellt sind. Ein spezieller Effekt für die Gruppe der PEPP-Optionshäuser im Zeitraum von 2013 bis 2015 im Vergleich mit den Häusern, die über den gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abrechnen, ist statistisch weder für die Anzahl der Fälle mit Regel- noch mit Intensivbehandlung nachweisbar (jeweils $p > 0{,}1$). Um zu überprüfen, ob die Ergebnisse der Regressionsanalyse möglicherweise auf Unterschiede in der PatientInnenpopulation zwischen den Häusern der Quasi-Experimental- und der Kontrollgruppe zurückzuführen sind, wurde das Modell erweitert und zusätzlich für die zweistellige ICD-Hauptdiagnose der PatientInnen kontrolliert. Auch in diesem Modell kann weder für die Fallzahl mit Regel- noch mit Intensivbehandlung im Zeitraum nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems (2013 bis 2015) für die Gruppe der Optionshäuser im Vergleich zur Kontrollgruppe ein signifikanter Effekt beobachtet werden.

7.2. Krankenhausprozesse

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

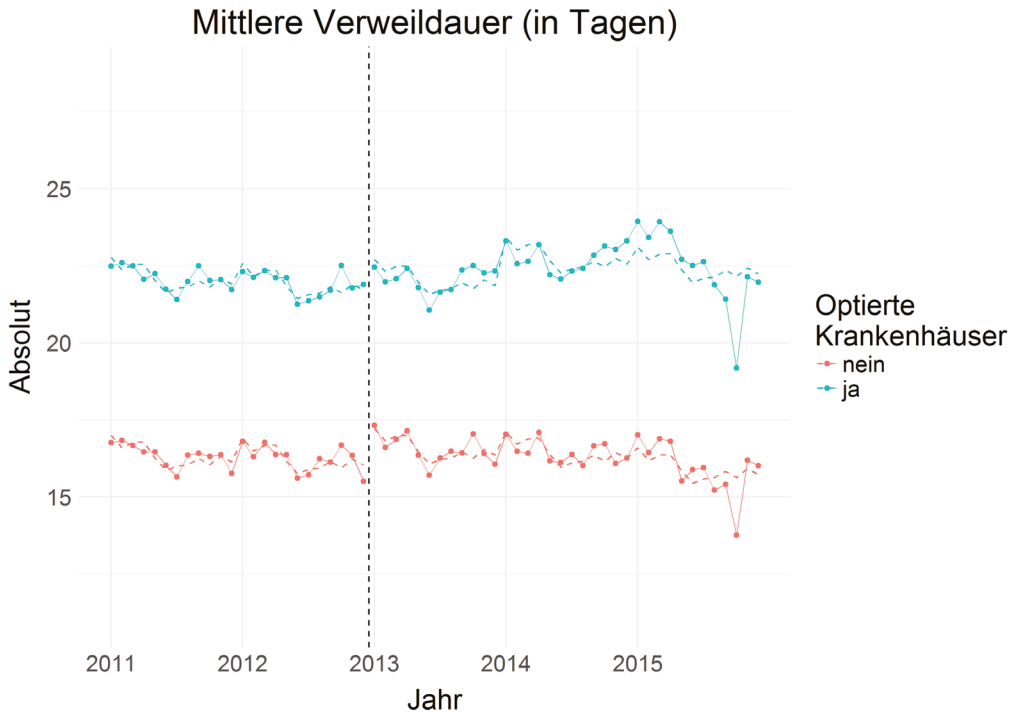
Abbildung 7.10.: Mittlere Verweildauer (in Tagen)

Abbildung 7.10 beschreibt die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in den Jahren 2011 bis 2015. Die Verweildauer fällt zunächst von 25,9 Tagen im Jahr 2011 auf 25,7 Tage im Jahr 2012 (−0,8 Prozent) und steigt in den Folgejahren kontinuierlich auf 26,9 Tage (+3,9 Prozent) im Jahr 2015 an. Der Indikator ist in dieser und in weiteren Differenzierungsebenen unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=4501&criterion=Gesamt

abrufbar. Auch hier liegen Unterschiede zwischen den Bundesländern vor: In Hessen stieg die durchschnittliche Verweildauer im Analysezeitraum kontinuierlich um insgesamt 9,3 Prozent an, während in Rheinland-Pfalz ein Rückgang um 5,3 Prozent belegt ist. In anderen Bundesländern konnten gegenläufige Entwicklungen der mittleren Verweildauer im Vergleich der Zeiträume vor und nach der Einführung von PEPP, beobachtet werden (Saarland, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Berlin und Brandenburg). In diesen Bundesländern sank zunächst die mittlere Verweildauer bis 2012, bevor diese in den Folgejahren nach der PEPP-Einführung wieder anstiegen.

Das 75-Prozent-Quartil für die Verweildauer ging zunächst von 60,2 Tagen in 2011 auf 58,7 Tage in 2013 kontinuierlich zurück (−2,5 Prozent) und stieg in den Folgejahren um 1,9 Tage (+3,2 Prozent) auf 60,6 Tage im Jahr 2015. Demnach konnte im Zeitraum von 2011 bis 2013 zunächst eine Veränderung der Verteilung zugunsten niedriger und im Folgezeitraum bis 2015 eine Veränderung zugunsten längerer Verweildauern beobachtet werden. Auch diese Kennzahl ist von der oben beschriebenen Änderung der Abrechnungsregeln ab dem Jahr 2015 betroffen. Diese und weitere Differenzierungsbenen des Indikators können unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=4602&criterion=Gesamt abgerufen werden.

Inferenzstatistische Analyse der Sekundärdaten



Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abrechnen (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe (vgl. Kapitel 3.3.4).
Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Abbildung 7.11.: Mittlere Verweildauer (in Tagen)

Abbildung 7.11 stellt die zeitliche Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer grafisch dar. In Tabelle E.12 werden die entsprechenden Regressionsschätzer berichtet. Das Ausgangsniveau der mittleren Verweildauer unterscheidet sich deutlich zwischen der Quasi-Experimental- und der Kontrollgruppe: in den für PEPP optierten Krankenhäusern ist die mittlere Verweildauer um 5,7 Tage ($p < 0{,}001$) höher als in TGPS-Häusern. In der gruppenübergreifenden zeitlichen Entwicklung der Verweildauer ist kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen dem Zeitraum 2013 bis 2015 im Verhältnis zum Zeitraum 2011 bis 2012 nachweisbar (+0,02 Tage, n. s.). Im Vergleich zu den Häusern der TGPS-Kontrollgruppe hat sich die mittlere Verweildauer in den PEPP-Optionshäusern im Zeitraum nach der Einführung des PEPP Entgeltsystems im Schnitt um 0,38 ($p < 0{,}1$) Tage verlängert. Diese Schätzung ist allerdings nur dann als statistisch signifikant zu interpretieren, wenn eine zehnprozentige Irrtumswahrscheinlichkeit akzeptiert wird.

Um auch im Hinblick auf die Verweildauer für Effekte zwischen unterschiedlichen Indikationsgruppen zu unterscheiden, wurden die ICD-Hauptdiagnosen als zusätzlicher Re-

gressor in die Schätzgleichung mit aufgenommen. Die Modellerweiterung unterstützt die Erkenntnisse der Basisanalyse weitgehend, d. h. die zeitunabhängigen Niveauunterschiede zwischen den Gruppen ($p < 0{,}001$) wurden bestätigt, ebenso wie die Abwesenheit eines zeitlichen Trends. Der Koeffizient für die auch im Basismodell nur mit einiger Unsicherheit zu schätzende Verweildauerentwicklung für die PEPP-Optionshäuser im Zeitraum nach der Einführung des neuen Entgeltsystems (2013 bis 2015) wurde durch die ICD-Erweiterung negativ, allerdings ohne statistische Signifikanz. Eine weitere Möglichkeit, die Sensitivität der Schätzung zu testen, besteht darin, das erweiterte Regressionsmodell für eine Subgruppe von Fällen zu schätzen. Im vorliegenden Fall wäre denkbar, dass die Verweildauereffekte insbesondere auf Veränderungen in der Gruppe der Kurzlieger (im Folgenden operationalisiert als Fall mit einer Verweildauer < 8 Tage) zurückzuführen sind. Wird diese Gruppe vor der Schätzung des um ICD-Hauptdiagnosegruppen erweiterten Basismodells ausgeschlossen, ändert sich die statistische Inferenz nicht. Alle Schätzer, d. h. der generelle Niveauunterschied ($p < 0{,}001$), der generelle Unterschied zwischen der Vor- und Nachperiode der PEPP-Einführung (n. s.) sowie der Effekt für die PEPP-Häuser in der Nachperiode (n. s.) blieben robust gegenüber der Veränderung der Stichprobe.

7.3. Diskussion

Die Befragung der Krankenhäuser ergibt, dass die Anzahl neu eingeführter einzel- und gruppentherapeutischer Verfahren ebenso wie die Anzahl damit behandelter Patienten in den Einrichtungen mit unterschiedlichen Vergütungssystemen über die betrachteten Jahre zumeist in vergleichbarer Weise zunehmen. Bei den festgestellten Anstiegen lässt sich nicht unterscheiden, ob das zugrundeliegende Vergütungssystem oder andere Faktoren ursächlich sind.

Die durchgeführten Sekundärdatenanalysen deuten auf eine wachsende Anzahl der Behandlungstage im psychiatrischen Behandlungsbereich sowohl vor als auch nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems hin. Diese Zunahme korreliert mit der zeitgleich beobachteten Steigerung der Fallzahlen (+4,9 Prozent, s. Kapitel 6) bei gleichzeitig moderatem Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer je Fall (+1,0 Tag). Aus klinischer Perspektive sollte der beobachtete Anstieg der Behandlungstage im Zusammenhang mit der generellen Tendenz zum Kapazitätsausbau (z. B. steigende Bettenzahlen, s. Kapitel 4) und unter Berücksichtigung der hohen Nachfrage nach psychiatrischer Versorgung gesehen werden. Generell ist daher von einer Ausweitung des Behandlungsangebotes auszugehen, jedoch lässt sich auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse kein Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems ableiten.

Die Auswertung der Sekundärdaten ergab zudem einen leichten Anstieg des Anteils der Regel- als auch Intensivbehandlungstage an allen Behandlungstagen. Die inferenzstatistischen Analysen konnten einen gruppenunabhängigen Zuwachs der Anzahl der Fälle mit mindestens einem Merkmal „Regel-“ bzw. „Intensivbehandlung“ nach der Einführung des PEPP Entgeltsystems nachweisen und damit die Ergebnisse der deskriptiven Auswertung

stützen. Jedoch konnte kein Unterschied hinsichtlich der Anzahl der Fälle mit Regel- bzw. Intensivbehandlung im Vergleich der optierten zu den nicht optierten Häusern im Zeitraum nach der Einführung des PEPP Entgeltsystems gezeigt werden. Auf Basis dieser Analyse lässt sich dementsprechend ebenfalls kein Wirkungszusammenhang zwischen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems und Veränderungen im Behandlungsspektrum (operationalisiert als Anteil der Fälle mit Intensiv- bzw. Regelbehandlung) ableiten.

Deskriptiv betrachtet stieg die mittlere Verweildauer über den gesamten Beobachtungszeitraum an. Diese Entwicklung konnte mit Hilfe inferenzstatistischer Methoden nicht bestätigt werden. Jedoch unterscheiden sich die Optionshäuser von den Häusern der Vergleichsgruppe hinsichtlich des Ausgangsniveaus statistisch signifikant voneinander, was auf einen Selektionseffekt bei der Optierung für die Abrechnung von PEPP hindeutet. Der spezielle Effekt der Optionshäuser im Vergleich zur Kontrollgruppe für den Zeitraum nach der Einführung des PEPP Entgeltsystems konnte bereits in der Ausgangsspezifikation nur unter Inkaufnahme einer erheblichen Schätzunsicherheit als „signifikant“ angenommen werden. Auch durch erweiterte Modellspezifikationen wurde kein Effekt sichtbar. Zusammenfassend liefern die Ergebnisse also keine belastbaren Hinweise auf einen zeitlichen Trend bei der Entwicklung der Verweildauer noch auf einen im Zusammenhang mit der PEPP-Einführung zu beobachtenden Effekt auf die Optionshäuser. Eine Veränderung der Krankenhausprozesse, die sich in der mittleren Verweildauer niederschlagen, sind zum derzeitigen Zeitpunkt also nicht angezeigt.

Ein Vergleich mit internationalen Erfahrungen bei der Einführung eines pauschalierenden Vergütungssystems in der stationären psychiatrischen bzw. psychosomatischen Versorgung ist auf Basis der verfügbaren Evidenz derzeit nicht möglich. Dies ist darin begründet, dass bei den von uns im Rahmen einer systematischen Literaturübersicht identifizierten Studien stets ein fallpauschalierendes System Gegenstand der Untersuchung war. Im Gegensatz dazu wird im PEPP-Entgeltsystem tagesweise pauschaliert vergütet. Die Anreize zur Verweildaueranpassung (je nach finanziellem Anreiz sind sowohl eine Verweildauerverlängerung als auch eine Verweildauerverkürzung denkbar) sind hierbei deutlich geringer. Außerdem ist anzumerken, dass zusätzlich zur ohnehin nur freiwilligen Anwendung von PEPP weitere (temporäre) regulatorische Maßnahmen zur Abschwächung etwaiger Umstellungseffekte eingesetzt wurden (z. B. krankenhausindividuelle Basisentgeltwerte). Ob eine Veränderung der Behandlung von PatientInnen stattgefunden hat, muss demnach ggf. auf Basis von Beobachtungen über den gesamten – für die Begleitforschung vorgesehenen – Zeitraum (2011 bis 2018) evaluiert werden. Zum Ende des Datenjahres 2015 sind derartige Veränderungen nicht mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems in Verbindung zu bringen.

8. Veränderungen der Kodierung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Kodierqualität beschreibt die Richtigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation von Diagnosen, Prozeduren sowie PatientInnencharakteristika im Rahmen der Durchführung einer medizinischen Behandlung. Ein Ziel der Einführung des PEPP-Entgeltsystems ist es, ein leistungsorientiertes Vergütungssystem zu implementieren, welches den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung unterscheidbarer PatientInnengruppen abbildet (§ 17d KHG).[27] Dafür wird für jede Entlassung mithilfe eines Groupers aus den kodierten Diagnosen und Prozeduren sowie zusätzlichen Informationen wie dem Alter der PatientInnen, der Verweildauer und ggf. besonderen Leistungsbestandteilen (z. B. 1:1 Betreuung) eine PEPP definiert. Dementsprechend ist eine hohe Kodierqualität notwendig, um eine Vergütung zu garantieren, die in angemessenem Bezug zum Ressourcenverbrauch für jeden stationären Belegungstag steht. Dabei kann eine unvollständige oder fehlerhafte Kodierung dazu führen, dass die tatsächlich angemessene tagesbezogene Bewertungsrelation nicht erreicht wird.

Unter anderem aufgrund der Einführung neuer OPS-Kodes im Zuge der Einführung von PEPP ist eine Veränderung der Kodierqualität zu erwarten. Zudem gilt, in Vorbereitung auf PEPP, seit dem Jahr 2010 eine erweiterte Dokumentationspflicht. Die sogenannten Deutschen Kodierrichtlinien für Psychiatrie und Psychosomatik wurden vereinbart, um eine Vereinheitlichung der Dokumentation zu schaffen. Neben einer Erhöhung der Kodierqualität aufgrund der erweiterten Dokumentationspflicht werden durch das pauschalierende Vergütungssystem möglicherweise jedoch Anreize geschaffen, Diagnosen zu stellen, welche zu einer höheren Vergütung führen. Forschungsarbeiten aus den USA haben das sogenannte Upcoding vereinzelt untersucht [18]. Da eine Veränderung der Kodierung auch mit anderen Phänomenen (z. B. der Veränderung der Fallzahlen oder Wiederaufnahmen) im Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems einhergehen kann, ist es sinnvoll, potenzielle Effekte dahingehend näher zu untersuchen. Diese Untersuchung wird anhand der im Folgenden erläuterten ausgewählten Indikatoren umgesetzt.

Die Kodierung soll immer so spezifisch wie möglich erfolgen. Das heißt, Restgruppen wie „Sonstige“ oder „Nicht näher bezeichnet“ sollten nur dann kodiert werden, wenn tatsächlich keine spezifische Information dokumentiert worden ist bzw. dokumentierbar ist [22]. Der ausgewählte Indikator „Anteil Fälle mit unspezifischer Kodierung an Fällen mit spezifischer Kodierung“ gibt somit einen Hinweis darauf, wie sich die Ausführlichkeit der Dokumentation im Zeitverlauf entwickelt.

[27] § 17d KHG in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGB I, S. 886), das durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2016 (BGB I, S. 2581) geändert worden ist.

Der ausgewählte Indikator „Anzahl Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen“ beschreibt die Häufigkeit der Fälle, bei denen eine unzulässige Kodierung vorliegt. Dies lässt direkte Rückschlüsse auf Veränderungen in der Kodierqualität zu.

Der ausgewählte Indikator „Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes“ zeigt auf, inwieweit bei der Kodierung eine Anpassung entsprechend der Kodierrichtlinien und damit verbundenen veränderten Vorgaben erfolgt. Auch an diesem Indikator kann direkt eine Verbesserung/Verschlechterung der Kodierqualität abgelesen werden.

Der ausgewählte Indikator „Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)“ indiziert Veränderungen in der Kodierung von Komorbiditäten.[28] Ein Anstieg der Kodierung von Komorbiditäten könnte z. B. auf eine ausführlichere Dokumentation hindeuten. Da Komorbiditäten ggf. dazu führen können, dass Fälle einer höher vergüteten PEPP zugeordnet werden, ist der Indikator jedoch auch vor dem Hintergrund zu betrachten, dass Anreize zur vermehrten Kodierung von Begleiterkrankungen bestehen könnten.

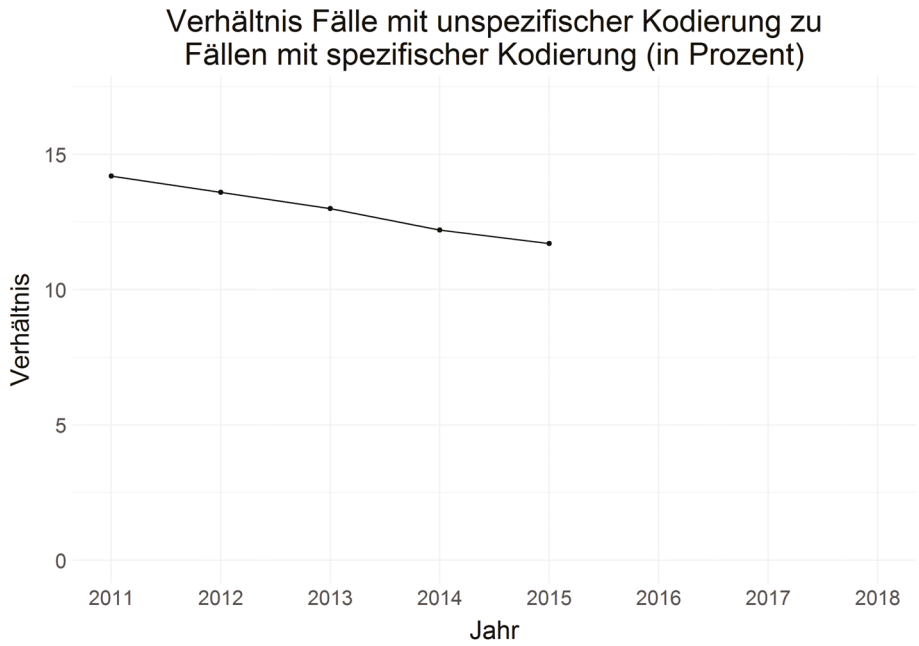
Im Folgenden werden die oben aufgeführten Indikatoren für die vorliegenden Datenjahre 2011 bis 2015 näher betrachtet. Hierbei wird auf die Leistungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland (Datengrundlage gem. § 21 KHEntgG) zurückgegriffen.

Neben einer Beschreibung der beobachteten Entwicklung der Indikatoren wird im Rahmen von inferenzstatistischen Analysen für ausgewählte Indikatoren erörtert, ob und in welcher Größenordnung sich etwaige Veränderungen bei der Entwicklung der Indikatoren nach dem Zeitpunkt der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in 2013 vor allem auf die Gruppe von Krankenhäusern konzentriert, die für eine Abrechnung nach dem PEPP-Entgeltsystem optiert haben. Hierfür kann der Umstand genutzt werden, dass sowohl Beobachtungen aus Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Abrechnung von PEPPs optiert haben (Quasi-Experimentalgruppe), als auch aus Einrichtungen, die im Beobachtungszeitraum weiterhin TGPS abgerechnet haben (Kontrollgruppe), für die Jahre 2011 bis 2015 vorliegen und deren Entwicklungen miteinander verglichen werden können (s. Kapitel 3). Die Struktur der verbalen Interpretation der Ergebnisse ist dabei an das methodische Vorgehen angelehnt und enthält für jeden ausgewählten Indikator i. d. R. drei Komponenten: 1) Beschreibung des generellen Unterschieds zwischen den Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und den Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung; 2) Beschreibung des generellen Unterschieds zwischen den Jahren 2011 bis 2012 und den Jahren 2013 bis 2015; 3) Beschreibung des speziellen Effekts für Krankenhäuser mit PEPP-Abrechnung nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in den Jahren 2013 bis 2015.

[28] Häufige somatische Begleiterkrankungen im Sinne diesen Endberichts sind folgende – vom Auftraggeber zur Auswertung vorgegebene – dreistellige ICD-Kodes: B18 (Chronische Virushepatitis); E03-E07 (Krankheiten der Schilddrüse); E10-E14 (Diabetes mellitus); E66 (Adipositas); E78 (Störungen des Lipidstoffwechsels und sonstige Lipidämien); E87 (Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts); G40 (Epilepsie); G62 (Sonstige Polyneuropathien); I10-I15 (Hypertonie); I20-I25 (Ischämische Herzkrankheiten); I48 (Vorhofflimmern und Vorhofflattern); I50 (Herzinsuffizienz); J44 (Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit); J45 (Asthma bronchiale); K70 (Alkoholische Leberkrankheit); N18 (Chronische Nierenkrankheit); N39 (Sonstige Krankheiten des Harnsystems)

8.1. Entwicklung der Kodierung

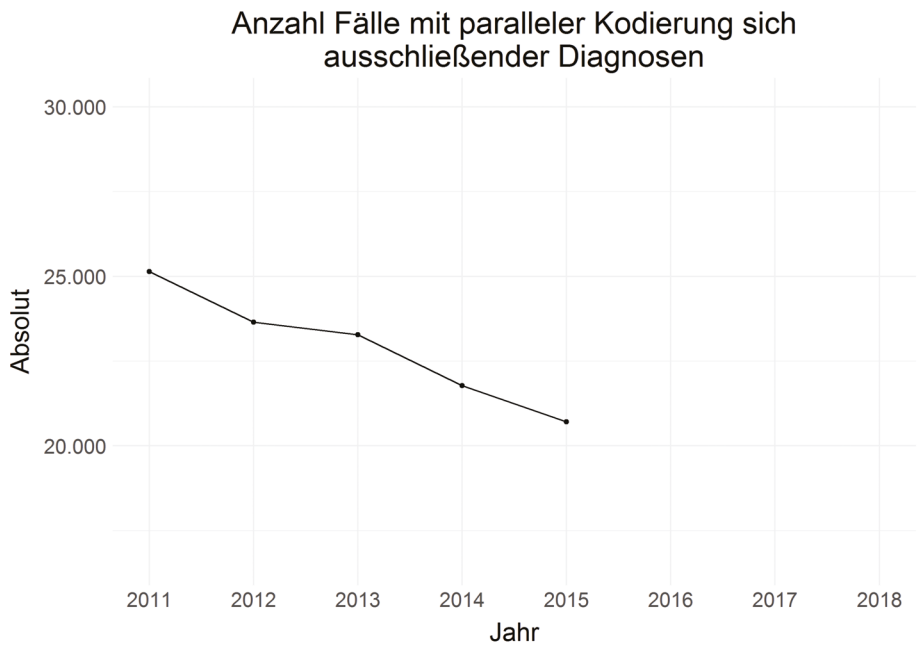
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 8.1.: Verhältnis Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung (in Prozent)

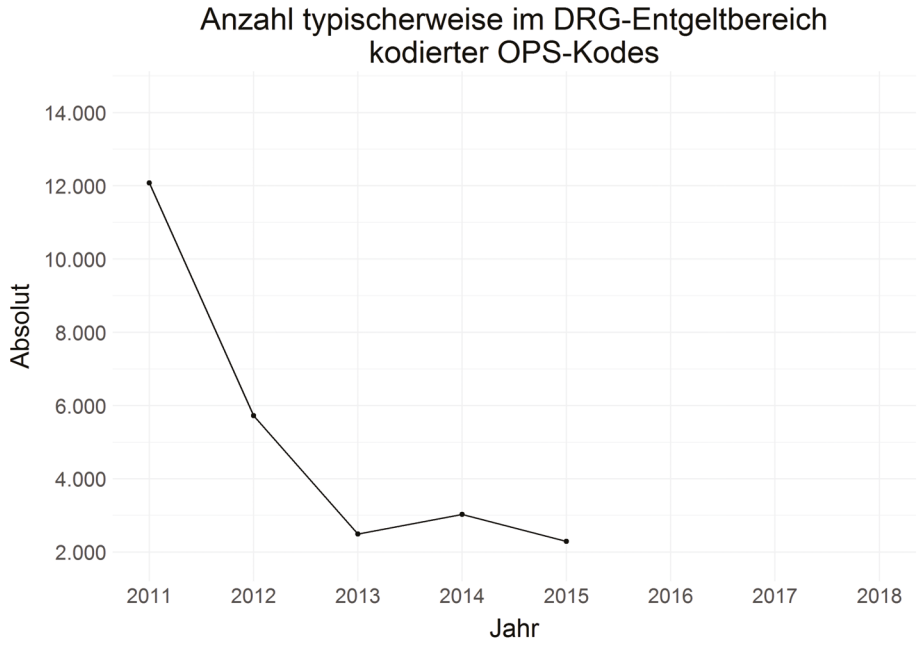
Im Rahmen der ICD-10 Kodierung können Krankheiten präzisiert werden, indem zum Beispiel das Stadium oder die Krankheitsausprägungen kodiert werden. Es gibt allerdings auch die Möglichkeit, eine Krankheit ohne nähere Bezeichnung zu kodieren. Der Indikator, dessen Verlauf über den Zeitraum der Jahre von 2011 bis 2015 in Abbildung 8.1 dargestellt wird, ist definiert als das Verhältnis der Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung. 2011 lag dieser Anteil bei 14,2 Prozent und reduzierte sich im Laufe der Jahre auf 11,7 Prozent (−2,5 Prozentpunkte). Weitere detaillierte Analysen zu dem beschriebenen Indikator können mithilfe des explorativen Datenzugangs gemäß Unterkapitel 3.2 unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=5001&criterion=Gesamt abgerufen werden.



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 8.2.: Anzahl Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen

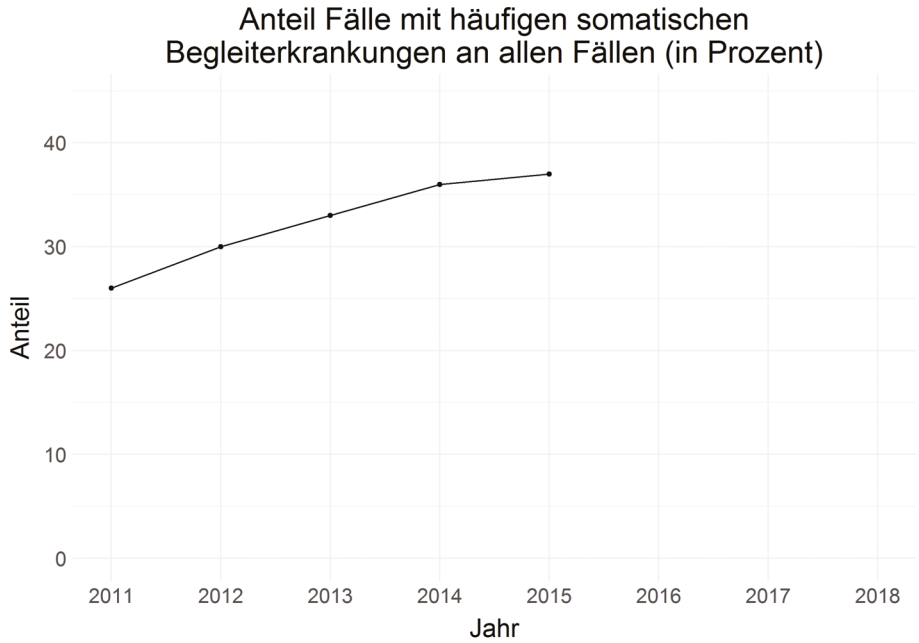
In Abbildung 8.2 wird die Anzahl der Fälle dargestellt, in deren Falldokumentation in den Jahren 2011 bis 2015 sich gegenseitig ausschließende Diagnosen kodiert wurden. Während im Jahr 2011 25 141 Fälle mit einer solchen Kodierung registriert wurden, sank die Anzahl der Fälle im beobachteten Zeitraum um 4 432 auf 20 709 (−17,6 Prozent). Weitere detaillierte Analysen zu diesem Indikator können gemäß Unterkapitel 3.2 unter folgendem Link abgerufen werden: https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=5101&criterion=Gesamt.



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 8.3.: Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes

Die Entwicklung der Anzahl der typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierten OPS-Kodes, die im Psych-Entgeltbereich kodiert wurden, wird für die Jahre 2011 bis 2015 in Abbildung 8.3 grafisch dargestellt. Während in 2011 12 080 Prozeduren kodiert wurden, die typischerweise im DRG-Bereich durchgeführt werden, waren es im Jahr 2013 2 492. Im Jahr 2014 nahm die Anzahl im Vergleich zum Vorjahr wieder leicht zu und sank im darauffolgenden Jahr auf 2 292. Über den beobachteten Zeitraum konnte ein Rückgang von 81,0 Prozent beobachtet werden. Diese Entwicklung scheint sich dabei ab dem Jahr 2013 auf einem niedrigen Niveau zu stabilisieren. Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 kann für weitere Analysen zu diesem Indikator unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=5201&criterion=Gesamt herangezogen werden.

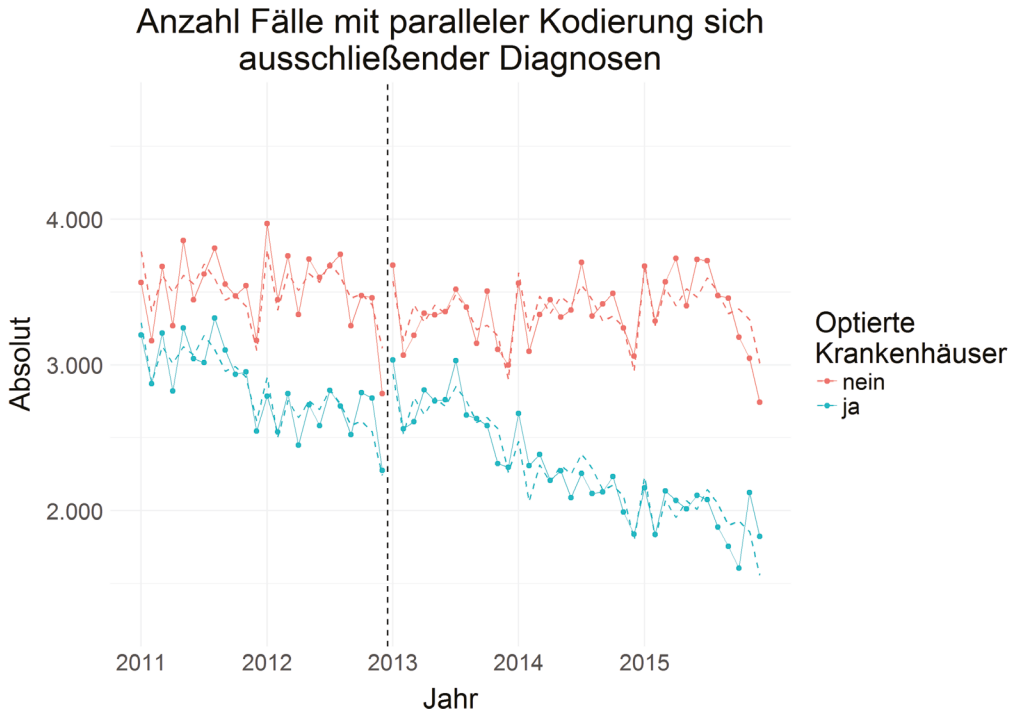


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 8.4.: Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)

Die Abbildung 8.4 beschreibt die Entwicklung des Anteils der Fälle mit einer oder mehreren kodierten Nebendiagnosen, die häufig auftretende somatische Begleiterkrankungen darstellen. Im Jahr 2011 betraf das 26 Prozent der Fälle. Im beobachteten Zeitraum stieg dieser Anteil auf 37 Prozent. Es wurden folglich mehr Fälle (+11,0 Prozentpunkte) mit mindestens einer häufigen somatischen Komorbidität stationär oder teilstationär im Psych-Entgeltbereich behandelt. Weitere detaillierte Analysen zu diesem Indikator können gemäß Unterkapitel 3.2 unter folgendem Link abgerufen werden: https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=4902&criterion=Gesamt.

Inferenzstatistische Analyse der Sekundärdaten



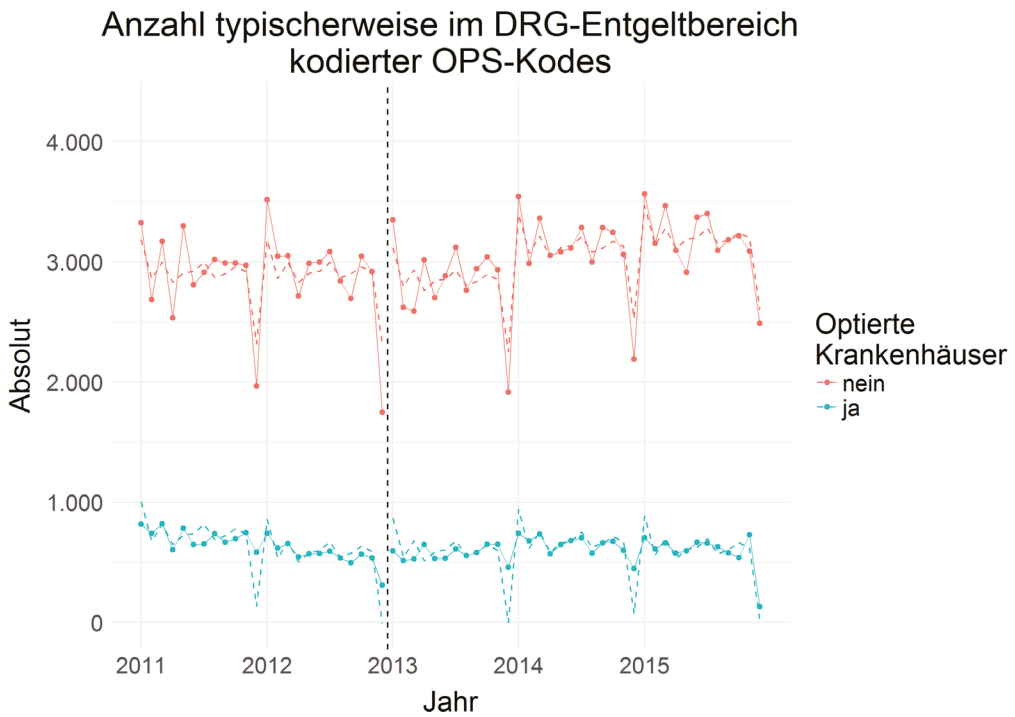
Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abrechnen (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe (vgl. Kapitel 3.3.4).
Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Abbildung 8.5.: Anzahl Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen

Abbildung 8.5 zeigt die Anzahl der Fälle zwischen 2011 und 2015, in deren Falldokumentation bestimmte sich gegenseitig ausschließende Diagnosen kodiert wurden. Die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, weist im Vergleich zur Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen, über den gesamten Zeitraum betrachtet pro Monat durchschnittlich 680 weniger Fälle mit bestimmten – sich ausschließenden – Diagnosen auf. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0{,}001$) und spiegelt die Ergebnisse aus Kapitel 6 wider, demnach bis zum Ende des Beobachtungszeitraums weiterhin ein Großteil der Fälle mit TGPS vergütet wurden. Die Anzahl der Fälle mit bestimmten sich ausschließenden Diagnosen ist für beide Gruppen von Krankenhäusern im Zeitraum nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2013 bis 2015 im Vergleich zum Zeitraum vor der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2011 bis 2012 statistisch signifikant um 152 Fälle niedriger ($p < 0{,}05$). Die Ergebnisse zeigen auch, dass beide Gruppen von Krankenhäusern bei der monatli-

chen Anzahl der Fälle starken saisonalen Schwankungen unterliegen, die im Rahmen des statistischen Modells präzise berücksichtigt werden.

Die Regressionsergebnisse in Tabelle F.6 im Anhang zeigen, dass sich die Abnahme von Fällen mit bestimmten – sich ausschließenden – Diagnosen vor allem auf die Gruppe von Krankenhäusern konzentriert, die ab 2013 für das PEPP-Entgeltsystem optiert haben. Im Vergleich zur Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen, ist in der Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2013 bis 2015 die monatliche Anzahl der Fälle mit bestimmten sich ausschließenden Diagnosen um 403 Fälle zurückgegangen ($p < 0{,}001$). Im Verhältnis zur durchschnittlichen Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems in der Gruppe der Optionshäuser beträgt diese relative Abnahme der Fallzahl ca. 15,7 Prozent.



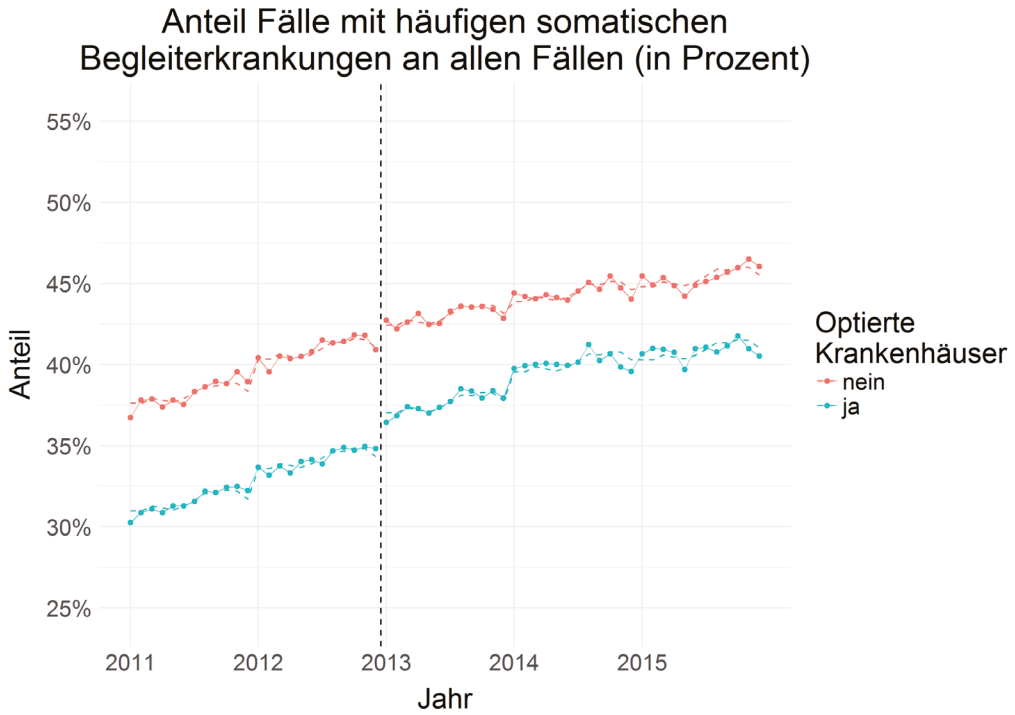
Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abrechnen (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe (vgl. Kapitel 3.3.4).
Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Abbildung 8.6.: Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes

In Abbildung 8.6 wird die Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes zwischen 2011 und 2015 dargestellt. Die Anzahl der OPS-Kodes ist für die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, über

den gesamten Zeitraum betrachtet pro Monat um durchschnittlich 2 253 geringer als für die Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0{,}001$) und ist ebenfalls darauf zurückzuführen, dass bis zum Ende des Beobachtungszeitraums ein erheblicher Anteil der Fälle mit TGPS vergütet und noch nicht auf das PEPP-Entgeltsystems umgestellt wurden. Die monatliche Anzahl der OPS-Kodes ist ab dem Jahr 2013, d. h. ab der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems, für beide Gruppen von Krankenhäusern statistisch signifikant um 143 OPS-Kodes gestiegen ($p < 0{,}01$). Dies könnte vor allem dadurch erklärt werden, dass in den letzten Jahren generell mehr OPS-Kodes – unabhängig vom Entgeltbereich – dokumentiert wurden. Die saisonalen Schwankungen sind stark ausgeprägt und werden im Rahmen des statistischen Modells präzise berücksichtigt. So ist vor allem zum Endes eines jeden Jahres ein Rückgang zu beobachten, gefolgt von einem leichten Anstieg zu Jahresbeginn.

Die Regressionsergebnisse in Tabelle F.7 im Anhang zeigen, dass die Anzahl der typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierten OPS-Kodes nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems in 2013 für die Gruppe der PEPP-Krankenhäuser im Vergleich zur Gruppe der TGPS-Krankenhäuser im Zeitraum nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2013 bis 2015 um 176 OPS-Kodes abnimmt (ca. 27 Prozent). Dieses Ergebnis ist statistisch signifikant ($p < 0{,}05$) und bedeutet, dass sich die beobachtete Abnahme an OPS-Kodes maßgeblich auf die Gruppe von Krankenhäusern konzentriert, die für das PEPP-Entgeltsystem optiert haben.



Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abrechnen (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe (vgl. Kapitel 3.3.4).
Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Abbildung 8.7.: Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)

Abbildung 8.7 beschreibt die Entwicklung des Anteils der Fälle mit einer oder mehreren kodierten Nebendiagnosen, die häufig auftretende somatische Begleiterkrankungen darstellen. Der Fallanteil liegt für die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, über den gesamten Zeitraum betrachtet und auch bereits vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems pro Monat durchschnittlich 6,69 Prozentpunkte unter dem Fallanteil für die Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0{,}01$). Das Ergebnis zeigt, dass die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, bereits vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems weniger somatische Begleiterkrankungen dokumentiert hat. Der Anteil der Fälle mit einer oder mehreren kodierten Nebendiagnosen, die häufig auftretende somatische Begleiterkrankungen darstellen, ist für beide Gruppen von Krankenhäusern nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2013 bis 2015 statistisch signifikant um 4,72 Prozentpunkte gestiegen ($p < 0{,}001$). Ausgeprägte saisonale Schwankungen sind hier nicht zu beobachten.

Die Regressionsergebnisse in Tabelle F.8 im Anhang zeigen, dass die Veränderung des Fallanteils nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems für die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, im Vergleich zur Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen, relativ betrachtet um 1,94 Prozentpunkte größer ist und statistisch signifikant ist ($p < 0{,}001$). Die beobachtete monatliche Zunahme des Anteils der Fälle mit einer oder mehreren kodierten Nebendiagnosen, die häufig auftretende somatische Begleiterkrankungen darstellen, konzentriert sich damit ebenfalls wie die weiteren untersuchten Indikatoren in diesem Kapitel vor allem auf die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben.

8.2. Diskussion

Die Ergebnisse der durchgeführten Sekundärdatenanalysen im Zeitraum vor und nach der PEPP-Einführung in Deutschland lassen erste Rückschlüsse auf mögliche Trends in der Qualität der Kodierung zu. Mit zunehmender Anwendung des neuen Vergütungssystems in der Psychiatrie und Psychosomatik wird sich z. B. die Kodierung einer unspezifischen Diagnose auf die Gruppierung und somit auf die Erlöse des Krankenhauses auswirken. Dies setzt Anreize, eine unspezifische Kodierung zu vermeiden. Eine Verbesserung der Qualität der Kodierung bestätigt die inferenzstatistische Analyse für alle untersuchten Indikatoren in diesem Kapitel und zeigt, dass die beobachteten Veränderungen in der Kodierpraxis maßgeblich von der Gruppe von Krankenhäusern verursacht wurden, die für das PEPP-Entgeltsystem optiert haben.

So ist der Anteil der Fälle mit unspezifischer Kodierung an Fällen mit spezifischer Kodierung (−2,5 Prozentpunkte) und die Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen (−17,6 Prozent) im Beobachtungszeitraum gefallen. Der gemessene Rückgang sich ausschließender Diagnosen könnte zusätzlich die langfristigen Entwicklungen beim Medizincontrolling widerspiegeln. Eine sachgerechte Kodierung und präzise Dokumentation sind für die Krankenhäuser auch im Rahmen von Prüfverfahren entscheidend, z. B. bei der Bewertung von möglichen primären Fehlbelegungen, sekundären Fehlbelegungen oder auch der Eingruppierung in die Regel- oder Intensivbehandlung seitens des MDK. Dies hat dazu geführt, dass der Beruf der medizinischen Kodierfachkraft in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat und die Krankenhäuser einen stärkeren Fokus auf das medizinische Berichtswesen legen.

Auffällig stark ist auch der Rückgang der Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes im PEPP-Entgeltbereich von 81,0 Prozent. Der Großteil dieses Rückgangs ist bereits vor dem Jahr 2013 zu verzeichnen (−52,6 Prozent von 2011 bis 2012). Dies deutet vor allem auf IT-bezogene Veränderungen hin, die bereits als Reaktion auf die Ankündigung der Einführung des PEPP-Entgeltsystems erfolgt sein könnten. Entsprechende Modifizierungen der Krankenhausinformationssysteme könnten hierbei eine Rolle gespielt haben (vgl. Kapitel 5.1). Gleichzeitig zeigt die inferenzstatistische Analyse dieses Indikators aber, dass die Veränderung der Anzahl der typischerweise im DRG-Entgeltbereich

kodierter OPS-Kodes nach der Einführung von PEPP im Jahr 2013 für die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, im Vergleich zur Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen, zusätzlich weiter gesunken ist ($p < 0{,}05$). Im Verhältnis zur Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes, die im Zeitraum 2011 bis 2012 in der Gruppe der Krankenhäuser beobachtet werden, die dann für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (ca. 620 Fällen pro Monat), bedeutet ein Rückgang um 176 Fälle eine relative Abnahme von 28,4 Prozent (=176/620).

Der Anteil der Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen ist vom Jahr 2011 auf das Jahr 2015 um ca. 11,0 Prozentpunkte gestiegen. Da dieser Anstieg in der Zahl der Nebendiagnosen vermutlich nicht auf Änderungen in der Prävalenz von Begleiterkrankungen zurückgeht, ist es wahrscheinlich, dass der Anstieg auf eine Veränderung des Kodierverhaltens, d. h. auf eine ausführlichere Kodierung, zurückzuführen ist. Mit Einführung des PEPP-Entgeltsystems wird ein Teil der Nebendiagnosen entgeltrelevant. Es erscheint somit plausibel, dass die beide Gruppen von Krankenhäusern bereits in den Jahren 2011 bzw. 2012 – in Vorbereitung auf die Einführung des neuen Vergütungssystems – eine vollständigere Kodierung praktiziert haben, und sich dieser Anstieg dann ab 2013 fortgesetzt hat.

In der Gesamtbetrachtung des Kapitels lässt sich festhalten, dass die beobachteten Veränderungen in der Kodierung wahrscheinlich auf die Einführung des PEPP-Entgeltsystems zurückzuführen sind. Im Rahmen der strukturierten Literaturrecherche zeigte die überwiegende Anzahl der betrachteten Studien eine Veränderung des Kodierverhaltens nach der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems. Auch wenn diese Studien überwiegend die finanzielle Optimierung der Kodierung analysierten, sind die Ergebnisse der begleitenden Forschung – ohne Fokus auf eine solche Optimierungsdimension – dennoch plausibel. Denn obwohl die Einführung des PEPP-Entgeltsystems bislang weder verpflichtend noch budgetwirksam war, ist es nachvollziehbar, dass Krankenhäuser bereits im Vorfeld der verpflichtenden Einführung (ab dem 01.01.2018) bereits die Kodierung der entsprechenden Fälle sukzessive verbessern.

9. Veränderungen der Qualität in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Die Qualität der Leistungserbringung sowie deren Sicherung sind zentrale Bestandteile eines öffentlichen Gesundheitswesens. Daher sind mögliche Veränderungen im Zusammenhang mit regulatorischen Eingriffen in den Gesundheitsmarkt stets zu überprüfen. Der bekannteste Ansatz zur Operationalisierung des Qualitätsbegriffs wird von Donabedian [26] beschrieben. Die Messung der Behandlungsqualität kann damit anhand von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren erfolgen. Strukturindikatoren umfassen z. B. Charakteristika von Krankenhäusern, wie die Qualifikation des Personals. Prozessindikatoren beschreiben die Interaktion zwischen PatientInnen und Krankenhäusern, wie z. B. die Verweildauer oder die Anzahl durchgeführter Prozeduren. Ergebnisindikatoren beziehen sich auf den subjektiven oder objektiven Zustand von PatientInnen, also z. B. auf die Häufigkeit von Komplikationen oder auf die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand.

Bei der Evaluation des PEPP-Entgeltsystems muss zwischen erwarteten und unerwarteten Effekten auf die Versorgungsqualität differenziert werden. Diese Effekte können sowohl positive als auch negative Auswirkungen für Leistungserbringer und PatientInnen haben. So hat eine Reduzierung des Leistungsangebotes nicht zwangsläufig negative Folgen. Vielmehr muss eine solche Entwicklung vor dem Hintergrund bewertet werden, ob eine Übereinstimmung von Angebot und Bedarf beobachtet werden kann oder ob eine solche Reduzierung des Leistungsangebots, z. B. aus einer Spezialisierung auf bestimmte Kernleistungen resultiert. Auch sind Leistungsverlagerungen denkbar (in Rehabilitations–, Pflege- und ambulante Einrichtungen, s. Kapitel 5), für die ggf. Auswirkungen auf die Ergebnisqualität zu untersuchen sind.

Zur Untersuchung der Struktur- und Prozessqualität werden umfangreiche Daten aus der Krankenhausbefragung herangezogen. So wird u. a. der Erfüllungsgrad spezifischer Personalkennziffern, der Umsetzungsgrad klinischer Abläufe und die Beziehung zwischen PatientInnen und TherapeutInnen analysiert. Eine Untersuchung der möglichen Effekte der PEPP-Einführung auf die Ergebnisqualität erfolgt u. a. anhand einer empirischen Analyse des Anteils der als „arbeitsfähig“ entlassenen Fälle. Ein höherer Anteil arbeitsfähig entlassener PatientInnen könnte ein Indiz dafür sein, dass die Ergebnisqualität der Behandlung gesteigert wurde. Zusätzlich werden Veränderungen in der Ergebnisqualität durch Auswertung des Anteils der Fälle, bei denen der Entlassgrund „Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet“ kodiert wurde, untersucht. Bei PatientInnen, die entgegen dem ärztlichen Rat das Krankenhaus verlassen, sind eine höhere Wiedereinweisungsrate sowie tendenziell schlechtere Gesundheitsoutcomes beobachtet worden [47].

In den folgenden Unterkapiteln wird eine empirische Untersuchung der o. g. Indikatoren für die Datenjahre 2011 bis 2015 auf Basis von Befragungsdaten sowie aggregierter und fallbe-

zogener Sekundärdaten (Datengrundlage gemäß § 21 KHEntgG) vorgenommen. Im Fokus der Untersuchung stehen sowohl die Jahre vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems 2011 und 2012 sowie die Datenjahre 2013 bis 2015, in denen psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Krankenhäuser und Fachabteilungen in Krankenhäusern) freiwillig für das PEPP-Entgeltsystem optieren konnten.

Neben einer Beschreibung der beobachteten Entwicklung der Indikatoren wird im Rahmen von inferenzstatistischen Analysen für ausgewählte Indikatoren erörtert, ob und in welcher Größenordnung sich etwaige Veränderungen bei der Entwicklung der Indikatoren nach dem Zeitpunkt der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in 2013 vor allem auf die Gruppe von Krankenhäusern konzentriert, die für eine Abrechnung nach dem PEPP-Entgeltsystem optiert haben. Hierfür kann der Umstand genutzt werden, dass sowohl Beobachtungen aus Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Abrechnung von PEPPs optiert haben (Quasi-Experimentalgruppe), als auch aus Einrichtungen, die im Beobachtungszeitraum weiterhin TGPS abgerechnet haben (Kontrollgruppe), für die Jahre 2011 bis 2015 vorliegen und deren Entwicklungen miteinander verglichen werden können (s. Kapitel 3). Die Struktur der verbalen Interpretation der Ergebnisse ist dabei an das methodische Vorgehen angelehnt und enthält für jeden ausgewählten Indikator i. d. R. drei Komponenten: 1) Beschreibung des generellen Unterschieds zwischen den Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und den Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung; 2) Beschreibung des generellen Unterschieds zwischen den Jahren 2011 bis 2012 und den Jahren 2013 bis 2015; 3) Beschreibung des speziellen Effekts für Krankenhäuser mit PEPP-Abrechnung nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in den Jahren 2013 bis 2015.

9.1. Strukturqualität

Deskriptive Analyse der Primärdaten

Mit der Befragung der Krankenhäuser wurden zudem der nach Psych-PV festgestellte Personalbedarf sowie die tatsächlichen Stellenbesetzungen erhoben und zwar bezogen auf das Jahr 2013. Dementsprechend basiert auch der Erfüllungsgrad auf der Selbstauskunft der an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen. Diese Angaben werden nachfolgend gegenüber gestellt. Der im Jahr 2013 nach Psych-PV ermittelte Stellenbedarf beläuft sich bei ÄrztInnen danach im Mittel auf 29,5 Stellen bei den teilnehmenden Einrichtungen, auf 138,5 Stellen im Pflegebereich und auf 6,4 Stellen für Diplom-PsychologInnen[29] (s. Tabelle 9.1). Die ermittelten Bedarfe für ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen, SprachtherapeutInnen und LogopädInnen variieren zwischen 0,5 und 13,1 Stellen. In den meisten Fällen zeigt sich, dass die Bedarfe in den Optionshäusern und in den Nicht-Optionshäusern ähnlich hoch sind. Dem nach Psych-PV festgestellten Personalbedarf steht die tatsächliche Stellenbesetzung gegenüber. Unterbesetzt waren im Jahr 2013 in der Stichprobe die Stellen von SozialarbeiterInnen und Sozialpädagoginnen sowie die von ErgotherapeutInnen (89,2 bzw. 90,9 Prozent).

[29] Diplom- bzw. Masterabschlüsse werden in den Kliniken als gleichwertig behandelt.

Über dem Bedarf besetzt waren dagegen die Stellen von Diplom-PsychologInnen, SprachtherapeutInnen und LogopädInnen (163,0 Prozent bzw. 113,0 Prozent). Optionshäuser erzielten bei den ErgotherapeutInnen sowie bei den SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen einen höheren Erfüllungsgrad als Nicht-Optionshäuser (96,5 vs. 85,2 bzw. 92,5 vs. 85,8 Prozent). Bei Diplom-PsychologInnen sowie SprachtherapeutInnen und LogopädInnen, bei den Professionen mit den höchsten Erfüllungsgraden insgesamt, lagen die Erfüllungsgrade der Optionshäuser deutlich hinter denen der Nicht-Optionshäuser (137,0 vs. 189,0 bzw. 97,1 vs. 128,9 Prozent).

Tabelle 9.1.: Personalbedarf nach Psych-PV, besetzte Stellen und Grad der Erfüllung

Profession	2013-2015 optiert	Stellenbedarf	besetzte Stellen	Erfüllungsgrad (in Prozent)
ÄrztInnen				
(n = 39)	zusammen	29,5	27,8	98,1
(n = 22)	nein*	30,4	29,5	98,7
(n = 17)	ja	28,7	26,0	97,5
Pflegepersonal				
(n = 38)	zusammen	138,5	127,2	94,8
(n = 21)	nein*	138,3	120,1	94,4
(n = 17)	ja	138,7	134,3	95,2
Diplom-PsychologInnen				
(n = 37)	zusammen	6,4	9,9	163,0
(n = 20)	nein*	6,3	10,4	189,0
(n = 17)	ja	6,5	9,4	137,0
ErgotherapeutInnen				
(n = 37)	zusammen	13,1	10,8	90,9
(n = 20)	nein*	13,2	10,0	85,2
(n = 17)	ja	13,0	11,6	96,5
PhysiotherapeutInnen				
(n = 36)	zusammen	3,9	4,2	109,4
(n = 20)	nein*	4,1	4,1	113,6
(n = 16)	ja	3,8	4,2	105,2
SozialarbeiterInnen / SozialpädagogInnen				
(n = 39)	zusammen	9,9	8,8	89,2
(n = 21)	nein*	9,9	8,6	85,8
(n = 18)	ja	9,8	8,9	92,5
SprachtherapeutInnen, LogopädInnen				
(n = 6)	zusammen	0,5	0,8	113,0
(n = 3)	nein*	0,4	1,2	128,9
(n = 3)	ja	0,6	0,4	97,1

Anm.: Angabe von Mittelwerten. * = Die Personalzahlen sind an die Bettenanzahlen der Optionshäuser adjustiert.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Insgesamt fällt die geringe Ausfinanzierung der ÄrztInnenstellen mit 88,8 Prozent sowie der ErgotherapeutInnen und des Pflegepersonals mit 92,0 bzw. 93,1 Prozent auf (s. Tabelle 9.2). Eine Ausfinanzierung über dem Bedarf findet sich dagegen bei Diplom-

PsychologInnen und PhysiotherapeutInnen (116,0 bzw. 103,1 Prozent), die in Optionshäusern noch höher ausfällt als in Nicht-Optionshäusern (125,8 vs. 107,0 bzw. 106,3 vs. 100,4 Prozent).

Tabelle 9.2.: Ausfinanzierung des Personalbedarfs

Profession	2013-2015 optiert	Ausfinanzierung (in Prozent)
ÄrztInnen		
(n = 29)	zusammen	88,8
(n = 15)	nein	89,9
(n = 14)	ja	87,7
Pflegepersonal		
(n = 29)	zusammen	93,1
(n = 15)	nein	94,9
(n = 14)	ja	91,3
Diplom-PsychologInnen		
(n = 27)	zusammen	116,0
(n = 14)	nein	107,0
(n = 13)	ja	125,8
ErgotherapeutInnen		
(n = 27)	zusammen	92,0
(n = 14)	nein	92,9
(n = 13)	ja	91,1
PhysiotherapeutInnen		
(n = 26)	zusammen	103,1
(n = 14)	nein	100,4
(n = 12)	ja	106,3
SozialarbeiterInnen / SozialpädagogInnen		
(n = 28)	zusammen	98,9
(n = 15)	nein	105,0
(n = 13)	ja	91,8
SprachtherapeutInnen, LogopädInnen		
(n = 7)	zusammen	107,6
(n = 4)	nein	114,3
(n = 3)	ja	98,7

Anm.: Angabe von Mittelwerten.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

9.2. Prozessqualität

Deskriptive Analyse der Primärdaten

In der stationären Versorgung gibt es eine Vielzahl standardisierter Prozesse und Strukturmerkmale zur Sicherung der Versorgungsqualität, die bei der Behandlung psychisch Kranker zum Standard gehören oder dabei sind, etabliert zu werden. Im Fragebogen Teil B der Befragung stationärer Einrichtungen wurden diverse Prozesse und Strukturmerkmale abgefragt, die sich auf die Aufnahme von PatientInnen beziehen bzw. auf die Doku-

mentation des Behandlungsprozesses. Die Abfrage dazu erfolgte im Fragebogen graduell nach der Häufigkeit der Realisierung, wobei die Antwortstufen „nie“, „gelegentlich“ und „immer“ angeboten werden. Diese werden zusätzlich durch drei Smileys (grafische Darstellung eines Gesichtsausdrucks) mit traurigem, neutralem und lachendem Ausdruck über den Antwortskalen visualisiert, um eine äquidistante Stufung zu unterstützen. Der Antwortschlüssel wird zu Beginn der Abfrage vorgestellt. Die drei Stufen werden mit einem Umsetzungsgrad von 0, 50 und 100 Prozent verrechnet. In den hier berichteten Ergebnissen werden die mittleren Umsetzungsgrade angegeben.

Tabelle 9.3.: Mittlerer Umsetzungsgrad klinischer Abläufe bei Aufnahme

	2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
Schriftlich dokumentierter Aufnahmeprozess	zusammen	94,0	95,1	96,2	95,1
	nein	90,5	92,9	94,0	92,5
	ja	96,6	96,6	97,7	97,0
PatientInnen durchlaufen diagnostische Aufnahme	zusammen	94,5	95,1	94,5	94,7
	nein	92,9	95,2	95,2	94,4
	ja	95,5	94,3	93,2	94,3
PatientInnen erhalten Behandlungsplan	zusammen	77,5	78,0	78,6	78,0
	nein	71,4	71,4	71,4	71,4
	ja	81,8	83,0	84,1	83,0

Anm.: Angabe von Anteilen in Prozent.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Schriftlich dokumentierte Aufnahmeprozesse sind in den Einrichtungen zu 95,1 Prozent implementiert, PatientInnen durchlaufen zu 94,7 Prozent der Fälle eine diagnostische Aufnahme und erhalten in 78,0 Prozent der Fälle einen Behandlungsplan (s. Tabelle 9.3). Optionshäuser haben dabei häufiger schriftlich dokumentierte Aufnahmeprozesse (97,0 vs. 92,5 Prozent) und händigen PatientInnen häufiger einen Behandlungsplan aus als Nicht-Optionshäuser (83,0 vs. 71,4 Prozent).

Tabelle 9.4.: Mittlerer Umsetzungsgrad klinischer Strukturen während der Behandlung

	2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
Klinische Behandlungspfade	zusammen	50,6	52,8	55,0	52,8
	nein	52,4	54,9	57,3	54,9
	ja	47,7	50,0	52,3	50,0
Pfaddokumentation im KIS	zusammen	13,2	14,4	15,5	14,4
	nein	12,8	16,7	17,9	15,8
	ja	11,6	10,5	11,6	11,2
Digitale Patientenakte	zusammen	35,0	39,4	48,9	41,1
	nein	26,8	30,5	47,6	35,0
	ja	43,2	48,9	52,3	48,1
Strukturierte Verlaufskontrolle	zusammen	66,7	67,8	68,9	67,8
	nein	62,2	62,2	62,2	62,2
	ja	70,5	72,7	75,0	72,7

Anm.: Angabe von Anteilen in Prozent.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Eine strukturierte Verlaufskontrolle erfolgt in 67,8 Prozent der Fälle, klinische Behandlungspfade werden in 52,8 Prozent der Fälle angewendet, in 41,1 Prozent der Fälle wird eine digitale Patientenakte genutzt und eine Pfaddokumentation wird in 14,4 Prozent der Fälle realisiert (s. Tabelle 9.4). Die digitale Patientenakte ist in den Optionshäusern insgesamt häufiger umgesetzt als in den Nicht-Optionshäusern (48,1 vs. 35,0 Prozent), ebenso sind in den Optionshäusern häufiger strukturierte Verlaufskontrollen implementiert als in den Nicht-Optionshäusern (72,7 vs. 62,2 Prozent). Klinische Behandlungspfade und die entsprechende Dokumentation im KIS gibt es dagegen häufiger in Nicht-Optionshäusern (54,9 vs. 50,0 bzw. 15,8 vs. 11,2 Prozent).

Tabelle 9.5.: Mittlerer Umsetzungsgrad von Personalstrukturen und interner Interaktionen

	2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
FallmanagerInnen eingesetzt	zusammen	22,8	23,6	26,4	24,3
	nein	15,9	17,5	22,5	18,6
	ja	27,3	27,3	28,4	27,7
Fallkonferenzen	zusammen	82,2	83,3	83,3	83,0
	nein	78,0	78,0	78,0	78,0
	ja	84,1	86,4	86,4	85,6
Teamsitzungen	zusammen	98,3	98,3	98,3	98,3
	nein	100,0	100,0	100,0	100,0
	ja	96,6	96,6	96,6	96,6
Teams von psychiatrischen und somatischen ÄrztInnen	zusammen	93,3	93,3	93,3	93,3
	nein	90,0	90,0	90,0	90,0
	ja	95,5	95,5	95,5	95,5

Anm.: Angabe von Anteilen in Prozent.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Teamsitzungen gehören zum Standard interner klinischer Kommunikation (98,3 Prozent) gefolgt von bei Bedarf aus psychiatrischen und somatischen ÄrztInnen zusammengesetzten Teams (93,3 Prozent) und Fallkonferenzen (83,0 Prozent, s. Tabelle 9.5). FallmanagerInnen werden in 24,3 Prozent der Fälle eingesetzt, dabei in Optionshäusern häufiger als in Nicht-Optionshäuser (27,7 vs. 18,6 Prozent).

Tabelle 9.6.: Mittlerer Umsetzungsgrad von Prozessen des Entlassmanagements

	2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
Weiterbehandlung der PatientInnen organisiert	zusammen	90,0	91,1	91,7	90,9
	nein	89,0	90,2	91,5	90,2
	ja	92,0	93,2	93,2	92,8
Folgetermine mit PatientInnen bei Bedarf vereinbart	zusammen	80,0	82,2	82,2	81,5
	nein	75,6	80,5	80,5	78,9
	ja	85,2	85,2	85,2	85,2
Entlassungscheckliste, Entlassungsleitfaden wird angewendet	zusammen	44,4	47,8	53,9	48,7
	nein	33,8	35,4	41,5	36,9
	ja	53,4	59,1	65,9	59,5

Anm.: Angabe von Anteilen in Prozent.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Im Rahmen des Entlassmanagements wird die Weiterbehandlung der PatientInnen, z. B. durch die weiter-behandelnden FachärztInnen und PsychotherapeutInnen sowie die Sicherstellung der Medikamentenversorgung, in 90,9 Prozent der Fälle organisiert, Folgetermine mit den PatientInnen werden in 81,5 Prozent der Fälle vereinbart, die Anwendung von Entlassungschecklisten und Entlassungsleitfäden erfolgt deutlich seltener in 48,7 Prozent der Fälle (s. Tabelle 9.6). Diese werden in Optionshäusern über die betrachteten Jahre hinweg häufiger angewendet als in Nicht-Optionshäusern (59,5 vs. 36,9 Prozent).

Tabelle 9.7.: Anteil Einrichtungen mit Entlassmanagement nach § 39 SGB V

2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
zusammen	43,2	45,5	48,9	45,8
nein	23,3	23,3	27,9	24,8
ja	65,0	70,0	72,5	69,2

Anm.: Angabe von Mittelwerten.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Insgesamt führen in den Jahren 2013 bis 2015 im Jahresmittel 45,8 Prozent der Einrichtungen ein Entlassmanagement nach § 39 SGB V durch (s. Tabelle 9.7). In Optionshäusern liegt der Anteil deutlich über dem der Nicht-Optionshäuser (69,2 vs. 24,8 Prozent). In beiden Gruppen ist ein ansteigender Trend zu beobachten.

Tabelle 9.8.: Mittlere Anzahl Fälle, für die Entlassmanagement nach § 39 SGB V durchgeführt wurde

	2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
Stationäre Anschlussheilbehandlung	zusammen	79,6	82,9	86,4	83,0
	nein*	49,2	53,9	61,0	54,7
	ja	110	112	112	111
Ambulante Versorgungsformen	zusammen	960	958	1 072	997
	nein*	907	907	911	908
	ja	1 014	1 009	1 232	1 085
Überleitungspflege	zusammen	66,8	62,9	90,1	73,2
	nein*	38,7	34,6	37,6	37,0
	ja	94,9	91,1	142,5	109,5
Unterstützte Beschäftigung bei Entlassung	zusammen	13,0	13,8	24,3	17,0
	nein*	2,5	3,5	3,6	3,2
	ja	23,5	24,0	45,0	30,8

Anm.: * = Die Angaben sind an die Bettenanzahlen der Optionshäuser adjustiert.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Unter den einzelnen Leistungen, die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 SGB V angewendet werden, werden ambulante Versorgungsformen mit durchschnittlich 997 Fällen mit Abstand am häufigsten durchgeführt, stationäre Anschlussheilbehandlung und Überleitungspflege folgen mit 83,0 bzw. 73,2 Fällen p. a. und schließlich unterstützte Beschäftigung bei Entlassung mit durchschnittlich 17,0 Fällen p. a. (s. Tabelle 9.8). Die einzelnen Leistungen werden in Optionshäusern durchgängig häufiger durchgeführt als in Nicht-Optionshäusern, stationäre Anschlussheilbehandlungen und Überleitungspfle-

ge werden doppelt bis dreimal so häufig durchgeführt. Bei der unterstützten Beschäftigung bei Entlassung übersteigt die mittlere Anzahl in Optionshäusern die von Nicht-Optionshäusern um knapp das 10-fache (30,8 vs. 3,2). In den Optionshäusern fällt eine deutliche Zunahme der Fälle von 2014 auf das Jahr 2015 bei den ambulanten Versorgungsformen, der Überleitungspflege und der unterstützten Beschäftigung bei Entlassung auf.

Tabelle 9.9.: Mehraufwand für MitarbeiterInnen im medizinisch-pflegerischen Bereich durch PEPP in Minuten pro Fall

2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
ja	129	140	168	145

Anm.: Angabe von Mittelwerten.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Bei der Frage nach dem PEPP-bedingten Mehraufwand für MitarbeiterInnen im medizinisch-pflegerischen Bereich geben die Optionshäuser über die Jahre steigende Werte an, wonach im Jahr 2013 im Durchschnitt 129 Minuten mehr pro Fall aufgewendet wurden, im Jahr 2014 140 Minuten mehr und im Jahr 2015 168 Minuten mehr pro Fall (s. Tabelle 9.9).

Tabelle 9.10.: Bewertung gemeindepsychiatrischer Verbunde

	optiert		nicht optiert		Summe	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
wesentlich	7	28,0	15	53,6	22	41,5
mittelmäßig	12	48,0	8	28,6	20	37,7
kaum	5	20,0	3	10,7	8	15,1
keine	1	4,0	2	7,1	3	5,7
Summe	25	100,0	28	100,0	53	100,0

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

52 von 88 Einrichtungen (59,1 Prozent) geben an, dass ein gemeindepsychiatrischer Verbund[30] in der Region existiert. Optionshäuser haben dabei etwas seltener einen solchen Verbund in der Region als Nicht-Optionshäuser (24 vs. 28 bzw. 54,5 vs. 63,6 Prozent). Die Bedeutung des gemeindepsychiatrischen Verbundes für die psychiatrische Versorgung der PatientInnen schätzen die Einrichtungen insgesamt eher hoch ein (s. Tabelle 9.10). Insgesamt 41,5 Prozent der Einrichtungen bezeichnen sie als „wesentlich“.

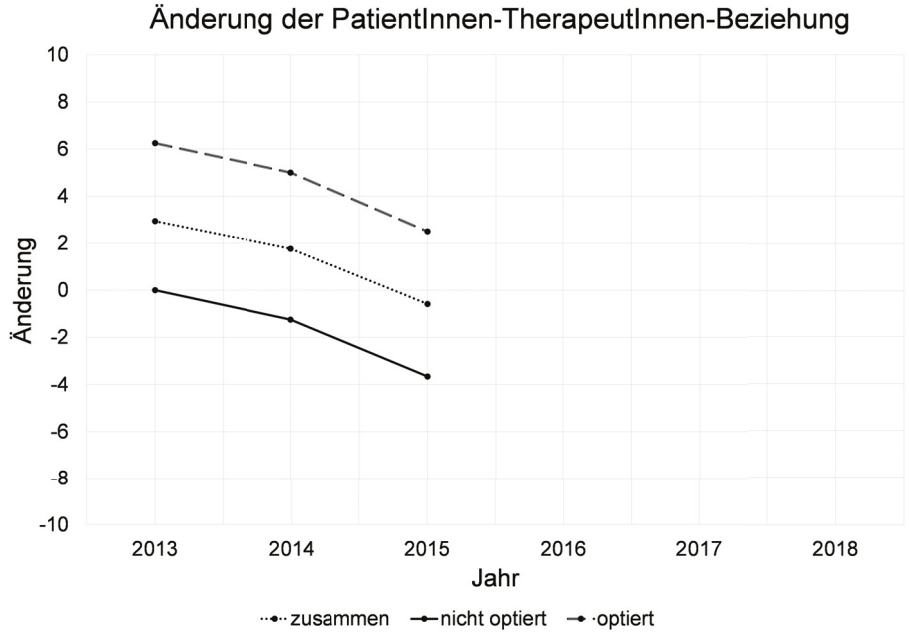
[30] Ein gemeindepsychiatrischer Verbund ist ein verbindlicher Zusammenschluss der Erbringer von sozialpsychiatrischen Hilfeleistungen einer Region. Die im Einzelfall erforderlichen Hilfen werden im Bedarfsfall als integrierte Leistung auf der Grundlage gemeinsamer Planung und Abstimmung erbracht.

Tabelle 9.11.: Relevanz der Netzwerke

	optiert		nicht optiert		Summe	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
wesentlich	2	33,3	14	77,8	16	66,7
mittelmäßig	1	16,7	4	22,2	5	20,8
kaum	2	33,3	0	0,0	2	8,3
keine	1	16,7	0	0,0	1	4,2
Summe	6	100,0	18	100,0	24	100,0

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Die Frage, ob sich im Zeitraum 2013 bis 2015 wesentliche neue Netzwerke gebildet oder bestehende Netzwerke wesentlich verändert haben, beantworten 14 von 83 (16,9 Prozent) Einrichtungen positiv, davon mehr Nicht-Optionshäuser als Optionshäuser (8 von 40, 18,2 Prozent vs. 6 von 43, 13,6 Prozent). Dabei bezieht sich die inhaltliche Ausrichtung der von den Einrichtungen bezeichneten Netzwerke auf die Bereiche bzw. Themen „Eltern“, „Kinder/Jugend“, „Sucht“, „Depression“ und „Demenz“. Auf der funktionalen Ebene geht es um Kooperation, Koordination, Steuerung, Überleitung, Prävention und Entlastung. Die Relevanz der Netzwerke für die Versorgung der PatientInnen wird überwiegend hoch bewertet. Gemäß Tabelle 9.11 bewerten 16 von 24 (66,7 Prozent) der Einrichtungen sie als „wesentlich“.



Anm.: Wertebereich: −100 (verschlechtert) bis 100 (verbessert)
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 9.1.: Änderung der PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung

Die Einschätzungen der MitarbeiterInnen mit PatientInnenkontakt, inwieweit sich die PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehungen gegenüber dem jeweiligen Vorjahr verändert

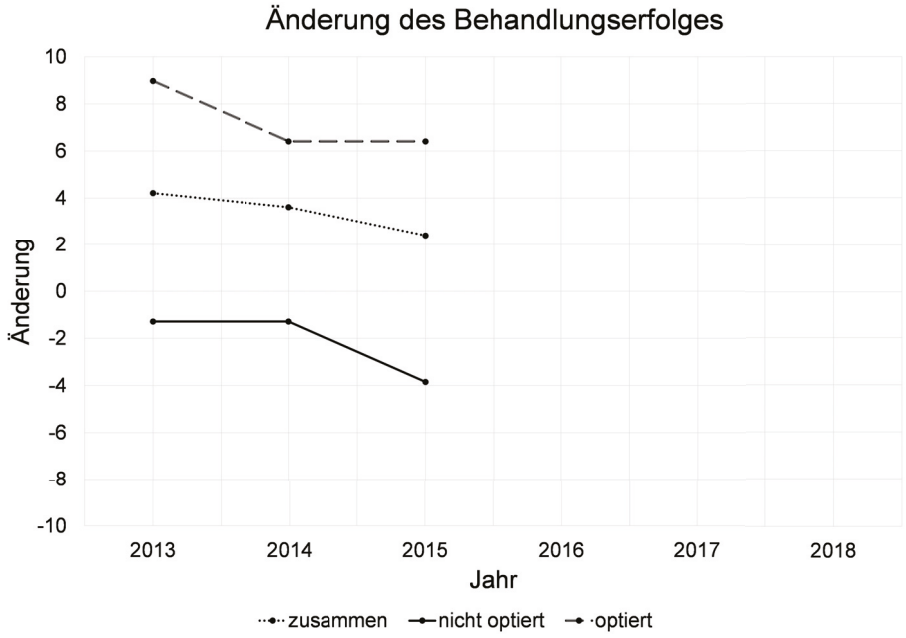
haben, wurde fünfstufig abgefragt. Zur Auswertung der Angaben wurden die Stufen wie folgt kodiert: „verschlechtert“ (−100), „leicht verschlechtert“ (−50), „unverändert“ (0), „leicht verbessert“ (50), „verbessert“ (100).

Insgesamt wurde angegeben, dass sich die PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehungen gegenüber den jeweiligen Vorjahren nur wenig veränderte. Die mittleren Einschätzungen liegen insgesamt zwischen 2,94 und −0,58 mit einer leichten kontinuierlichen Abwärtstendenz über die betrachteten Jahre (s. Abbildung 9.1). Als Grund für Veränderungen in den PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehungen wird in beiden Gruppen insbesondere der erhöhte Dokumentationsaufwand genannt und dass damit weniger Zeit für PatientInnen zur Verfügung steht. Weiterhin werden der Weggang bzw. die Gewinnung hochqualifizierter MitarbeiterInnen, die Betonung von weniger Zwangsmaßnahmen, verbesserte Leistungsstrukturen und ein breiteres und verbessertes therapeutisches Angebot angeführt.

9.3. Ergebnisqualität

Deskriptive Analyse der Primärdaten

Die Einschätzung der MitarbeiterInnen mit PatientInnenkontakt, in wie weit sich der Behandlungserfolg verändert hat, wurde fünfstufig abgefragt. Zur Auswertung der Angaben wurden die Stufen wie folgt kodiert: „verschlechtert“ (−100), „leicht verschlechtert“ (−50), „unverändert“ (0), „leicht verbessert“ (50), „verbessert“ (100).

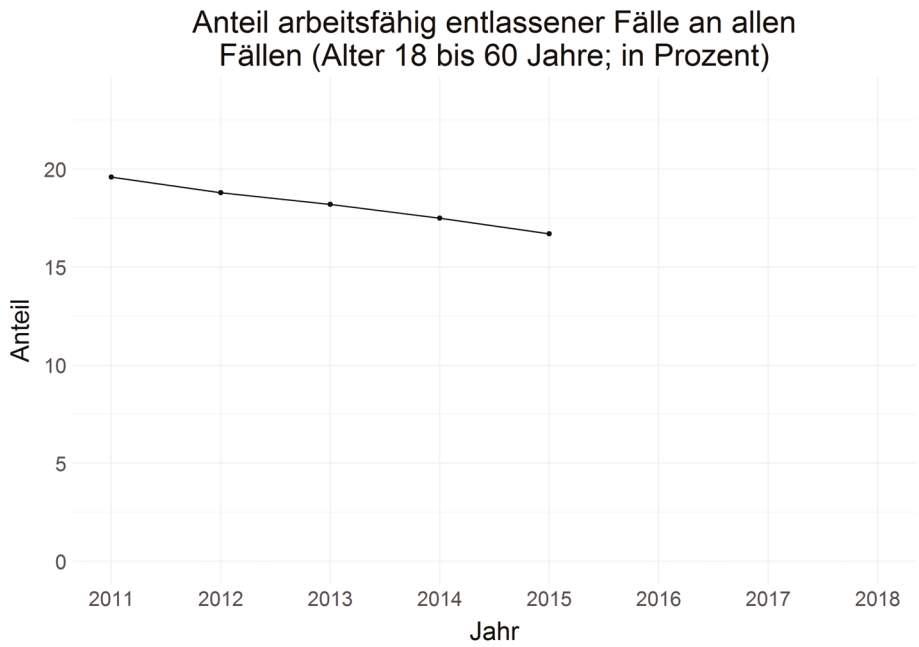


Anm.: Wertebereich: −100 (verschlechtert) bis 100 (verbessert)
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 9.2.: Änderung des Behandlungserfolges

Bei der Einschätzung des Behandlungserfolges konzentrieren sich die Angaben auf die Stufe „unverändert“ mit einer leichten Tendenz zu „verbessert“ (s. Abbildung 9.2). Die Behandlungserfolge werden in den Optionshäusern insgesamt positiver bewertet als in den Nicht-Optionshäusern.

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

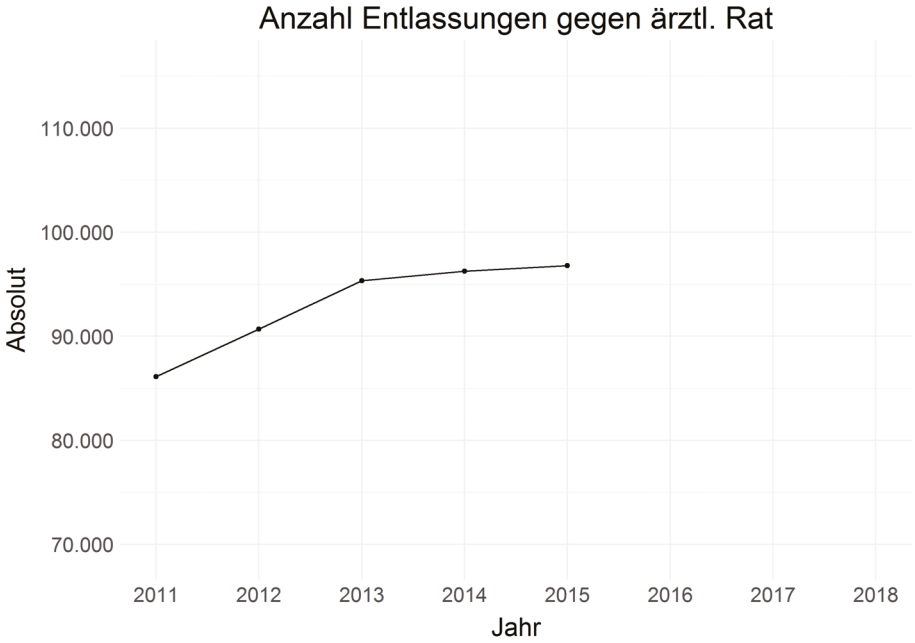


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 9.3.: Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent)

Abbildung 9.3 zeigt den Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle der Jahre 2011 bis 2015. Im Jahr 2011 wurden 19,6 Prozent der im PEPP-Entgeltbereich aus der stationären Behandlung entlassenen PatientInnen, die zwischen 18 und 60 Jahren alt waren, als „arbeitsfähig“ eingestuft. Im zeitlichen Verlauf sank diese Kennzahl bis zum Jahr 2015 auf 16,7 Prozent, also um 2,9 Prozentpunkte. Der Rückgang folgt einem konstanten Trend mit jährlichen Änderungsraten zwischen −0,8 (2011 auf 2012) und −0,6 (2012 auf 2013) Prozentpunkten. Getrieben wurde die Reduktion des Anteils arbeitsfähig entlassener Fälle über den Beobachtungszeitraum von 2011 bis 2015 maßgeblich von Krankenhäusern mit Tagesklinken (−3,3 Prozentpunkte), Einrichtungen mit psychiatrischer Institutsambulanz (−3,0 Prozentpunkte) sowie Einrichtungen ohne psychiatrische Institutsambulanz (−2,2 Prozentpunkte). Für Krankenhäuser ohne Tagesklinik ergab sich ein anderes Bild. Hier stieg der betrachtete Anteil im Beobachtungszeitraum von 20,3 auf 22,5 Prozent, was einer Änderungsrate von 2,2 Prozentpunkten entspricht. Differenziert man den Indikator nach Hauptdiagnosen zeigt sich, dass der Anteil arbeitsfähig entlassener PatientInnen, für die eine Hauptdiagnose aus dem Bereich Psychische und Verhaltensstörungen kodiert wurde

(ICD F-Diagnose), deutlich unter dem Durchschnitt aller im PEPP-Entgeltbereich entlassenen Fälle liegt. Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=5901&criterion=Gesamt abgerufen werden.

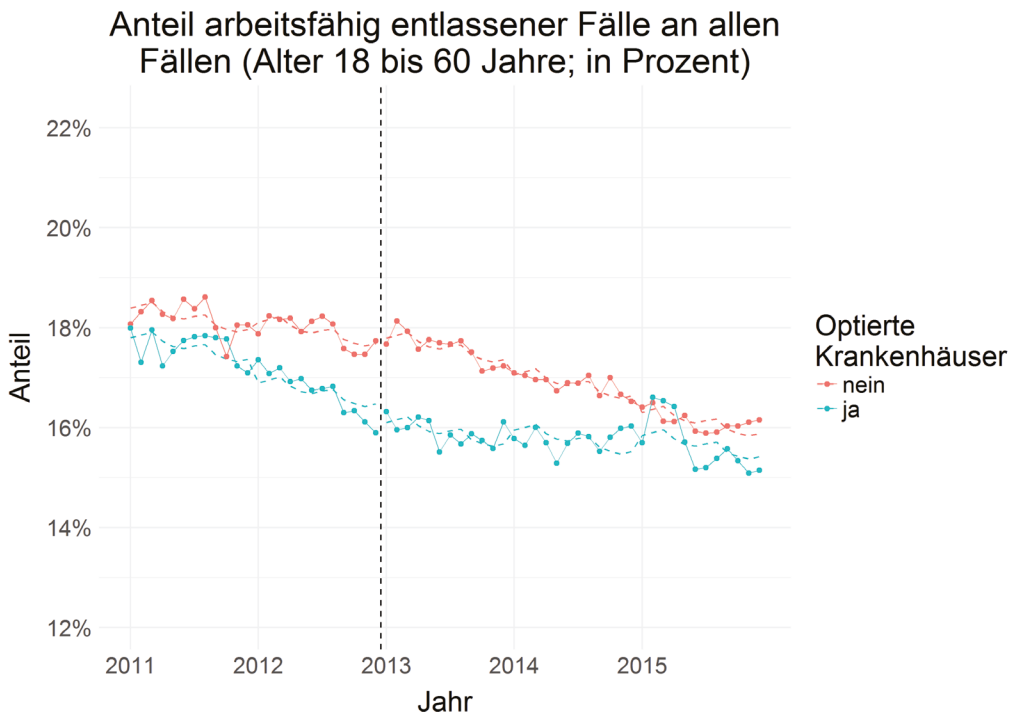


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 9.4.: Anzahl Entlassungen gegen ärztlichen Rat

Die Anzahl der Fälle mit dem Entlassgrund "Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet" stieg im Beobachtungszeitraum von 86 122 auf 96 772 um insgesamt 12,4 Prozent an (s. Abbildung 9.4). Diese Entwicklung ist deutlich schwächer, wenn der Anteil dieser Fälle am gesamten Fallvolumen betrachtet wird. Im Jahr 2011 betrug dieser 8,3 Prozent, im Jahr 2015 8,9 Prozent. Das entspricht einer Zunahme um 0,6 Prozentpunkte. Der Verlauf beider Indikatoren folgte über den gesamten Beobachtungszeitraum einem konstanten Aufwärtstrend.

Inferenzstatistische Analyse der Sekundärdaten



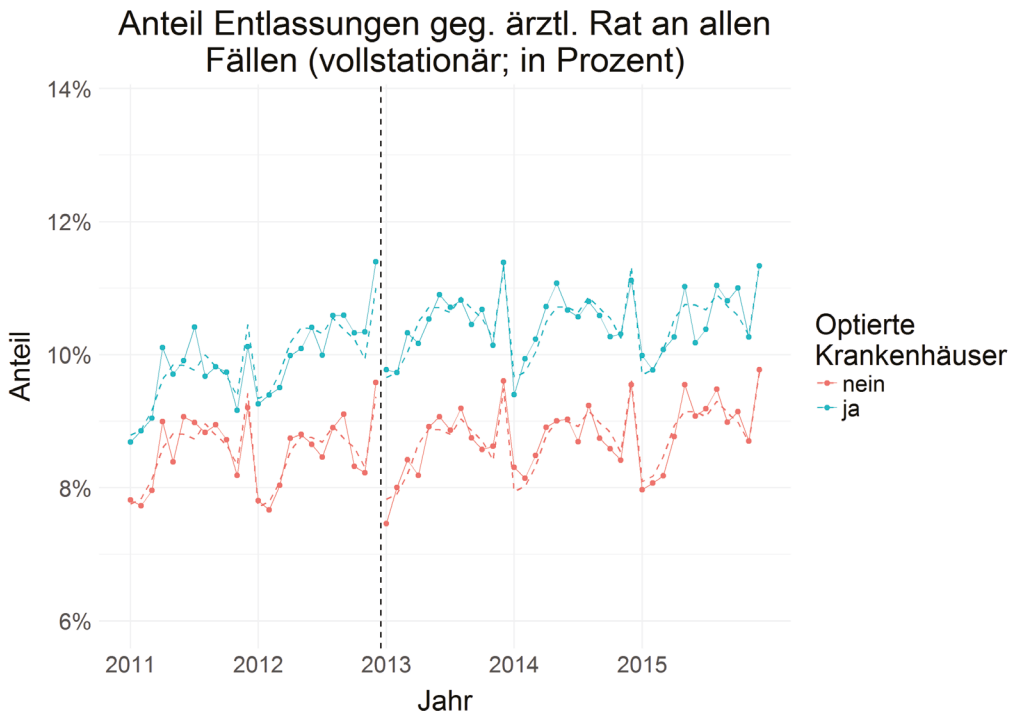
Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abrechnen (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe (vgl. Kapitel 3.3.4).
Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Abbildung 9.5.: Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent)

Abbildung 9.5 zeigt die Entwicklung des Anteils arbeitsfähig entlassener Fälle von 2011 bis 2015 auf Monatsebene getrennt für die Optionshäuser und die Gruppe der Krankenhäuser, die im Beobachtungszeitraum TGPS abrechneten. Die grafische Analyse offenbart leichte Niveauunterschiede zwischen beiden Gruppen. So ist der Anteil der arbeitsfähig entlassenen Fälle niedriger für Krankenhäuser, die zwischen 2013 und 2015 für PEPP optiert haben. Innerhalb beider Gruppen scheint der Indikator insgesamt einem negativen Zeittrend zu folgen.

Die inferenzstatistische Analyse, deren Ergebnisse Tabelle G.7 im Anhang entnommen werden können, ergänzt die grafische Auswertung. Optionshäuser weisen grundsätzlich einen um durchschnittlich 0,9 Prozentpunkte geringeren Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle auf. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch signifikant ($p < 0{,}001$). Der beobachtete negative Zeittrend wird ebenfalls bestätigt. Im Zeitraum von 2013 bis 2015 sinkt der Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle über beide Gruppen im Vergleich zu 2011

bis 2012 um 1,2 Prozentpunkte ($p < 0{,}001$). Im Vergleich zur Gruppe der Krankenhäuser, die weiterhin TGPS abrechneten, ist keine systematisch unterschiedliche Entwicklung für die Optionshäuser nach Einführung des PEPP-Entgeltsystems im Jahr 2013 festzustellen ($p > 0{,}1$).



Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abrechnen (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe (vgl. Kapitel 3.3.4).
Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Abbildung 9.6.: Anteil Entlassungen gegen ärztlichen Rat an allen Fällen (vollstationär; in Prozent)

Auch beim Anteil der Entlassungen gegen ärztlichen Rat offenbart sich ein Unterschied zwischen PEPP- und TGPS-Krankenhäusern im Ausgangsniveau (vgl. Abbildung 9.6). Zudem lässt sich der Abbildung entnehmen, dass der Indikator starken saisonalen Schwankungen unterliegt und sich über die Zeit leicht positiv entwickelt.

Dieser Eindruck wird durch die inferenzstatistische Auswertung bestätigt (s. Tabelle G.8 im Anhang). PEPP-Krankenhäuser weisen grundsätzlich einen um 1,3 Prozentpunkte höheren Anteil an Fällen auf, die sich gegen ärztlichen Rat selbst entlassen haben. Dieser Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch signifikant von Null verschieden ($p < 0{,}001$). Auch der im Rahmen der deskriptiven und visuellen Auswertung ersichtliche positive Zeittrend wird bestätigt. Die Betrachtung über beide Gruppen zeigt, dass der Anteil der Ent-

lassungen entgegen ärztlicher Weisung im zeitlichen Verlauf statistisch signifikant steigt (+0,2 Prozentpunkte, $p < 0{,}01$). Zudem wird durch die Regressionsanalyse deutlich, dass die Entwicklung des Indikators zwischen den beiden Gruppen systematisch unterschiedlich verläuft. Konkret steigt der Anteil der Entlassungen im Zeitraum nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems (2013 bis 2015) in der Gruppe der Optionshäuser relativ um 0,4 Prozentpunkte im Vergleich zur Kontrollgruppe. Der beobachtete Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0{,}001$).

Auch für diesen Indikator wurde eine zweite Regression durchgeführt, bei der für die Hauptdiagnosen der PatientInnen kontrolliert wird. Der statistisch signifikante Ausgangsunterschied zwischen den beiden Gruppen bleibt bestehen. Auch der positive Zeittrend über beide Gruppen wird im Rahmen der unter Kontrolle für die Diagnosen durchgeführten Analyse bestätigt, fällt jedoch etwas geringer aus (+0,3 Prozentpunkte, $p < 0{,}001$). Ein systematisch unterschiedlicher Verlauf des Indikators zwischen den beiden Gruppen ab dem Jahr 2013 ist, anders als im Basismodell, jedoch nicht festzustellen ($p > 0{,}1$).

9.4. Diskussion

Die Stellenbedarfe für diverse Professionen sind in Häusern mit unterschiedlichen Vergütungssystemen grundsätzlich vergleichbar. Die Erfüllungsgrade sind für einige Professionen in Häusern mit PEPP-Entgeltsystem deutlich höher als in Einrichtungen, die TGPS abrechnen. Das gilt für Diplom-PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen sowie SprachtherapeutInnen und LogopädInnen. Inwiefern hier ein ursächlicher Zusammenhang besteht, ist unklar. Die Ausfinanzierung der verschiedenen Professionen ist in Einrichtungen, die TGPS abrechnen, in den meisten Fällen höher als in den PEPP-Häusern. Die Unterschiede sind jedoch zumeist zu gering, um auf dieser Grundlage einen negativen PEPP-Effekt begründen zu können.

Die gefundenen Unterschiede in den Prozessen und Strukturmerkmalen zwischen den Einrichtungen, die zwischen 2013 und 2015 optiert haben und denen, die in der Zeitspanne nicht optiert haben, fallen bei den abgefragten Krankenhausprozessen überwiegend gering aus. Dies gilt u. a. für die Anwendung klinischer Behandlungspfade. FallmanagerInnen werden dagegen in Optionshäusern häufiger eingesetzt als in Nicht-Optionshäusern. Die Ergebnisse für die Durchführung von Fallkonferenzen und Teamsitzungen stellen sich unsystematisch dar.

Bei der Entlassung von Patienten treten deutliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen auf. Insgesamt wird ein Entlassmanagement nach § 39 SGB V in Optionshäuser sehr viel häufiger angewendet als in Nicht-Optionshäusern. Dieser Unterschied findet sich durchgängig bei der Überleitungspflege und der unterstützten Beschäftigung bei Entlassung wieder.

Die Einbettung der Einrichtungen in einen gemeindepsychiatrischen Verbund oder in Netzwerke war in beiden Gruppen ähnlich. PEPP-bedingte Effekte lassen sich bei dieser Frage nicht erkennen. Bei der Bewertung der bestehenden gemeindepsychiatrischen Verbünde

und Netzwerke wird die Relevanz der Vernetzung von Nicht-Optionshäusern höher eingestuft als von Optionshäusern. Dieses Ergebnis könnte darauf beruhen, dass die Optionshäuser insgesamt die größeren Einrichtungen umfassen, für die das Versorgungsumfeld nicht die Bedeutung hat wie für kleinere Einrichtungen.

Die Auswertung der Sekundärdaten für die Untersuchung der Zeiträume vor und nach der PEPP-Einführung lassen - gemessen am Rückgang des Anteils der als arbeitsfähig entlassenen Fälle - eine leichte Tendenz zur Verschlechterung in Bezug auf patientInnenrelevante, funktionale Outcomes vermuten. Da der Verlauf des Indikators über den gesamten Beobachtungszeitraum einem relativ konstanten Abwärtstrend folgt, ist jedoch kein Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems zu vermuten ($p > 0{,}1$). Dieses Ergebnis ist in Übereinstimmung mit den Analysen von Wells et al. [65], die den Effekt der Einführung eines prospektiven Vergütungssystems auf den klinischen Zustand depressiver PatientInnen bei Entlassung untersuchten (s. Kapitel 2.6). Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass die Intervention keinen signifikanten Einfluss auf das betrachtete Outcome hatte.

Eine differenzierte Interpretation des Anteils der als arbeitsfähig entlassenen Fälle ist jedoch nur möglich, wenn eine Adjustierung für unterschiedliche PatientInnenpopulationen erfolgt. Denn es ist zu vermuten, dass insbesondere medizinische Gründe wie z. B. die Prognose über den weiteren Krankheitsverlauf eine wichtige Determinante für die Kodierung des Entlassgrundes ist. Im vorliegenden Fall konnten die Ergebnisse mit Hilfe einer Sensitivitätsanalyse bestätigt werden. Einschränkend ist jedoch kritisch anzumerken, dass die Evidenzstärke der vorliegenden Indikatoren zur Operationalisierung des Gesundheitszustands der PatientInnen eher gering ist, da der Vermerk „arbeitsfähig entlassen“ allenfalls eine unverbindliche Empfehlung des Arztes bzw. der Ärztin darstellt. Die Ausstellung der formalen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und damit die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgen üblicherweise durch ambulante ÄrztInnen. Dies ist darin begründet, dass es im klinischen Alltag tendenziell eine untergeordnete Rolle spielt, ob PatientInnen arbeitsfähig entlassen werden oder nicht. Denn in der Regel folgt auf die stationäre Entlassung zunächst eine ambulante Nachbehandlung. Während der ggf. parallel hierzu erfolgenden vorbereitenden Eingliederungsmaßnahmen sind die PatientInnen noch krankgeschrieben und werden durch Krankengeld unterstützt.

Ergänzend wurde auch der prozentuale Anteil der Fälle, die die Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet haben, näher untersucht. Zwar wird ein signifikant voneinander abweichender Verlauf des Indikators zwischen der Gruppe der optierten Krankenhäuser und der Gruppe der nicht optierten Krankenhäuser für 2013 bis 2015 ermittelt, bei Adjustierung für die Hauptdiagnosen der PatientInnen ist dieser Effekt jedoch nicht mehr signifikant ($p > 0{,}1$). Der Einfluss von sozioökonomischen und krankheitsspezifischen PatientInnencharakteristika auf die Entscheidung zur Beendigung einer Behandlung gegen ärztlichen Rat ist in der bestehenden Literatur ebenfalls dokumentiert [32]. So ist beispielsweise das Vorliegen der ICD-Hauptdiagnose „F1“ (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) ein hoher Risikofaktor für eine vorzeitige Beendigung der stationären Behandlung und damit eine Entlassung gegen ärztlichen Rat [51]. In der untersuch-

ten Stichprobe liegt der Anteil an PatientInnen, der sich gegen ärztliche Weisung selbst entlässt, in dieser Gruppe mit 18,3 Prozent deutlich über dem Gesamtdurchschnitt von 9,3 Prozent. Damit deuten die Ergebnisse darauf hin, dass sich die Grundgesamtheit der in den jeweiligen Vergleichsgruppen (Optionshäuser vs. Nicht-Optionshäuser) behandelten PatientInnen systematisch unterscheidet.

Zum aktuellen Stand der Auswertungen und auf Basis der untersuchten Indikatoren kann also keine, im zeitlichen Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystem stehende, Veränderung der Qualität in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung gefunden werden.

10. Sonstige Veränderungen in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Weitere Bereiche, die von Änderungen der Vergütungssystematik beeinflusst werden, sind die Kosten für Krankenhäuser bzw. die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach der Einführung des DRG-Systems in Deutschland wurde eine Steigerung der Wachstumsrate bei den Ausgaben für die GKV beobachtet [4]. Gemäß dieser Studie stiegen die stationären Ausgaben von 67,1 Mrd. Euro im Jahr 2005 auf 80,6 Mrd. Euro im Jahr 2014 (in Preisen von 2010). Dies entspricht einer durchschnittlichen, jährlichen Wachstumsrate von ca. 2,0 Prozent und liegt damit 0,2 Prozentpunkte über der entsprechenden Wachstumsrate der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen (1,8 Prozent). Im Vergleich dazu lag die durchschnittliche, jährliche, bereinigte Wachstumsrate des Bruttoinlandsprodukts in Deutschland im selben Zeitraum bei ca. 1,4 Prozent. Die Dokumentation der Entwicklung des Leistungsaufwands für die GKV und die Krankenhäuser nach Einführung des PEPP-Entgeltsystems ist daher ein zentraler Bestandteil der begleitenden Forschung.

Unter den Betriebskosten der Psych-Krankenhäuser ist der Anteil der Kosten zu verstehen, der bei der Durchführung des operativen Geschäftes eines Krankenhauses anfällt. Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems kann indirekt die Betriebskosten der Psych-Krankenhäuser beeinflussen. Insbesondere durch den degressiven Verlauf der Relativgewichte je Tag über die Verweildauer eines Falles kann der Anreiz entstehen, die Kosten und dabei insbesondere die Betriebskosten zu reduzieren bzw. einem Anstieg dieser entgegenzuwirken. Inwieweit dieser Effekt z. B. durch Fallzahl- oder Belegungstagesteigerungen kompensiert wird, ist von grundlegendem Interesse aus Sicht der Kostenträger. Der ausgewählte Indikator „Bereinigte Kosten (in Euro)“ misst daher die Höhe der Brutto-Kosten abzüglich nicht-stationärer Kosten (z. B. Ambulanz, wissenschaftliche Forschung und Lehre) der Psych-Krankhäuser über den Zeitverlauf.

Ebenfalls von Bedeutung sind grundsätzlich Fragen zu den Auswirkungen des PEPP-Entgeltsystems auf strukturelle Merkmale von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen, die sich über mehrere Unternehmensbereiche erstrecken können. Erstens sind Veränderungen bei der IT-Ausstattung wahrscheinlich (z. B. Schnittstelle zur Datenannahme, Grouper- bzw. Abrechnungssoftware). Zweitens sind Veränderungen bei der Personalausstattung wahrscheinlich (z. B. Erweiterungen des ärztlichen Dienstes), können aber auch weiterreichende Auswirkungen auf die gesamte Organisation der Fallprüfungen haben. Drittens könnte die Einführung des PEPP-Entgeltsystems Auswirkungen auf Verwaltungskosten haben, wie zum Beispiel Aufwendungen für Schulungen. Derartige Veränderungstendenzen wurden im Rahmen einer umfassenden Befragung erhoben und ausgewertet.

Für die vorliegende Begleitforschung werden anhand von Daten des Statistischen Bundesamtes Werte und Trends der bereinigten Kosten der Psych-Krankenhäuser analysiert. Hierin werden für verschiedene Krankenhaustypen[31] unter anderem Personal- und Sachkosten nach Funktionsbereichen bzw. Kostenarten sowie Kennziffern für Gesamtkosten ausgewiesen. Um darüber hinaus den Aufwand der Krankenhäuser durch Einzelfallprüfungen abzubilden, werden Daten aus der Krankenhausbefragung ausgewertet.

Die Analysen der Leistungsausgaben der GKV basieren auf der KJ1-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Analyse der Veränderungen der Strukturen von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen basiert vorwiegend auf Befragungen der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK).

10.1. Aufwand der Krankenhäuser

Deskriptive Analyse der Primärdaten

Ein wesentlicher Aufwand für die Krankenhäuser, welcher mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems einhergeht, könnte im Rahmen von Einzelfallprüfungen, dem Bearbeitungsaufwand für Streichungen und Kürzungen von Rechnungen bzw. Aufwendungen bei Klageverfahren entstehen.

Tabelle 10.1.: Mittlere Anzahl und Anteil (in Prozent) der Fälle mit Einzelfallprüfungen

	2013	2014	2015
Nach TGPS abgerechnete Fälle	2 475	2 398	2 509
Anteil Einzelfallprüfungen	3,8	3,9	3,7
Nach PEPP abgerechnete Fälle	958	2 416	2 282
Anteil Einzelfallprüfungen	2,6	4,8	5,5

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Der Anteil an Einzelfallprüfungen durch den MDK verändert sich bei nach TGPS abgerechneten Fällen nur in einem engen Rahmen (s. Tabelle 10.1). Bei nach PEPP abgerechneten Fällen steigen dagegen zum einen die Fallzahlen von 2013 auf 2014 stark an um im Jahr 2015 wieder leicht abzufallen. Der Anteil der Einzelfallprüfungen steigt jedoch kontinuierlich von 2,6 in 2013 über 4,8 auf 5,5 Prozent im Jahr 2015 an und übersteigt damit ab dem Jahr 2014 die Prüfquoten der mit TGPS abgerechneten Fälle.

[31] Allgemeine Krankenhäuser, sonstige Krankenhäuser (z. B. Krankenhäuser mit psychiatrischen, psychotherapeutischen, neurologischen und geriatrischen Betten), Bundeswehrkrankenhäuser.

Tabelle 10.2.: Mittlere Anzahl Einzelfallprüfungen und Anteile (in Prozent) an Korrekturen und Streichungen bei nach PEPP abgerechneten Fällen

	2013	2014	2015
PEPP			
Anzahl Einzelfallprüfungen	24,9	98,6	112,2
davon Anteil an			
Korrekturen der Bewertungsrelationen	25,0	17,6	19,0
Korrekturen der Verweildauer inkl. primäre Fehlbelegung	23,8	11,3	11,0
Streichungen von Zusatzentgelten	4,6	2,2	2,5
Streichungen ergänzender Tagesentgelte	7,7	4,9	14,6
allen Korrekturen und Streichungen	58,7	34,7	45,2
TGPS			
Anzahl Einzelfallprüfungen	46,0	43,4	35,9
davon Anteil an			
Korrekturen der Verweildauer	13,4	10,2	20,2

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Mit der steigenden Anzahl von Einzelfallprüfungen von nach PEPP abgerechneten Fällen gehen die Entwicklungen der Anzahlen der korrigierten oder gestrichenen Abrechnungen – bzw. einzelnen Positionen – nicht im gleichen Umfang einher, sondern variieren unsystematisch. Auffällig ist, dass im Jahr 2013 die Korrekturen der Bewertungsrelationen bzw. der Verweildauer inklusive primärer Fehlbelegung (s. Tabelle 10.2) besonders hoch ausfielen (25,0 bzw. 23,8 Prozent). In den Folgejahren sanken die Anteile für diese Prüfungsvarianten deutlich (auf 19,0 bzw. 11,0 Prozent im Jahr 2015). Die Anteile von Korrekturen und Streichungen bezogen auf die Einzelfallprüfungen von nach PEPP abgerechneten Fällen liegen in den Jahren 2013 bis 2015 insgesamt zwischen 58,7 und 34,7 Prozent. Bei mit TGPS abgerechneten Fällen nimmt die Anzahl der Einzelfallprüfungen über die Jahre kontinuierlich ab, während der Anteil der Korrekturen zwischen 20,2 und 10,2 Prozent variiert.

Tabelle 10.3.: Mittlere Anzahl Einzelfallprüfungen, Klageverfahren und Anteil (in Prozent) an Klageverfahren

	2013	2014	2015
PEPP			
Anzahl Einzelfallprüfungen	24,9	98,6	112,2
Anzahl Klageverfahren	1,1	3,6	7,2
Anteil Klageverfahren	4,8	3,1	8,6
TGPS			
Anzahl Einzelfallprüfungen	46,0	43,4	35,9
Anzahl Klageverfahren	1,3	1,0	0,8
Anteil Klageverfahren	2,0	0,9	2,5

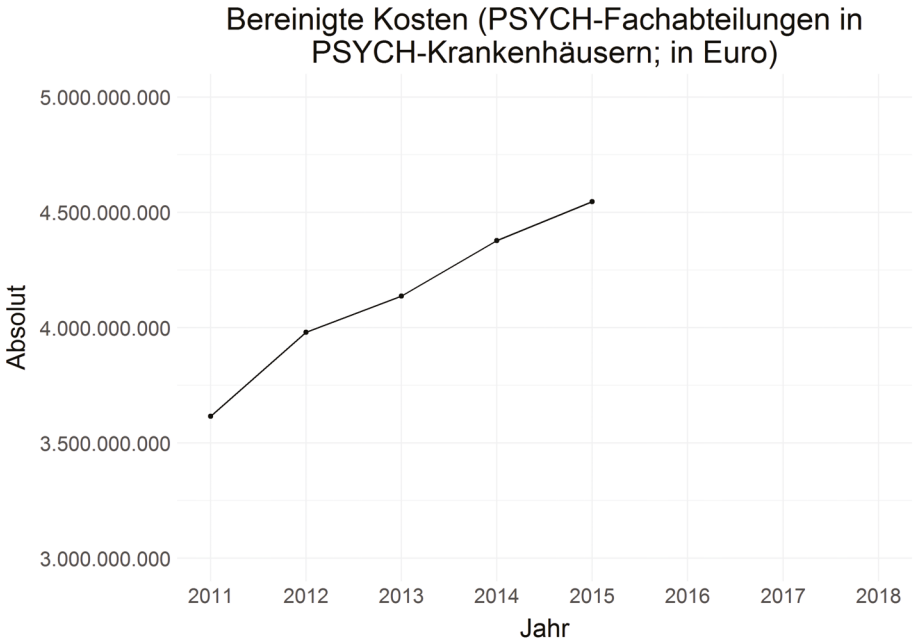
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Die absolute Häufigkeit der Klageverfahren nimmt bei den PEPP-Fällen über die Jahre kontinuierlich von durchschnittlich 1,1 Fällen im Jahr 2013 über 3,6 Fälle im Jahr 2014 auf 7,2 Fälle im Jahr 2015 zu (s. Tabelle 10.3). Im selben Zeitraum fällt die Anzahl der Klageverfahren bei mit TGPS abgerechneten Fällen stetig von durchschnittlich 1,3

Fällen im Jahr 2013 auf 0,8 Fälle im Jahr 2015. Der Anteil der Klageverfahren an den Einzelfallprüfungen fallen der nach PEPP (TGPS) abgerechneten Fälle sinkt von zunächst 4,8 (2,0) Prozent im Jahr 2013 auf 3,1 (0,9) Prozent im Jahr 2014, um dann im Folgejahr wieder auf 8,6 (2,5) Prozent anzusteigen.

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

Die Kosten der Krankenhäuser werden grundsätzlich nach dem sog. Bruttoprinzip ermittelt. Das bedeutet, dass auch nicht-stationäre Kosten (z. B. Kosten für Personalunterkunft und -verpflegung, Hilfsbetriebe, wissenschaftliche Forschung und Lehre, ambulante Leistungen von ÄrztInnen des Krankenhauses, Ambulanz des Krankenhauses, Kosten der ÄrztInnenausbildung bei Lehrkrankenhäusern, Wahlleistungen) enthalten sind. Um einen Vergleich einzelner Kostenarten über mehrere Jahre hinweg zu ermöglichen, werden die bereinigten Kosten berichtet. Diese ergeben sich als Differenz aus den Brutto- bzw. Nettogesamtkosten und den Abzügen. Eine detaillierte Beschreibung der Methoden zur Ermittlung der Krankenhauskosten ist beim Statistischen Bundesamt in den Erläuterungen zum Kostennachweis der Krankenhäuser zu finden.

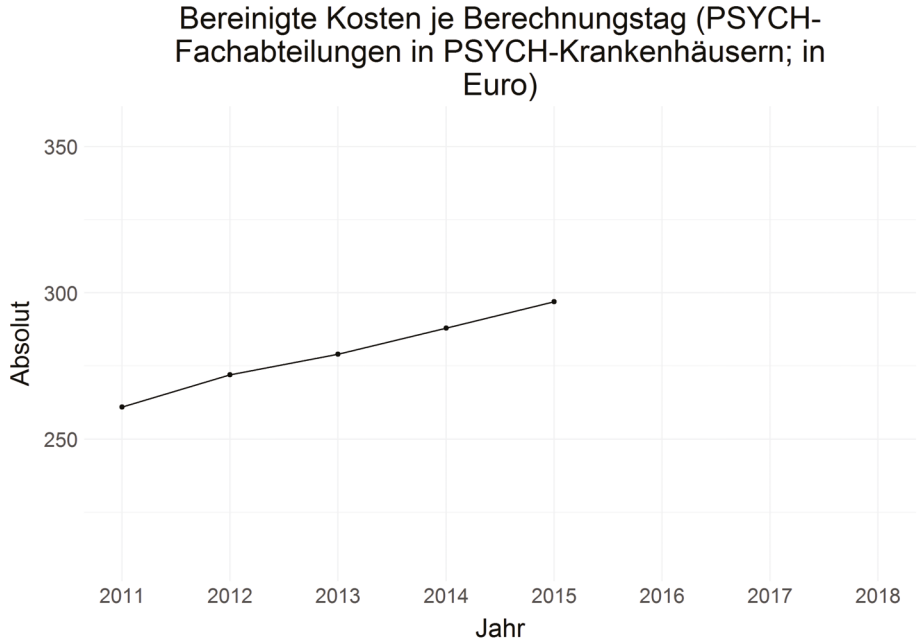


Datenquelle: Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.3.

Abbildung 10.1.: Bereinigte Kosten (Psych-Fachabteilungen in Psych-Krankenhäusern; in Euro)

Abbildung 10.1 weist die Entwicklung der bereinigten Kosten für psychiatrische Krankenhäuser (Krankenhäuser mit ausschl. psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten) über die Jahre 2011 bis 2015 aus. Diese betrugen 3 616 023 230 Euro in 2011 und 4 547 103 460

Euro in 2015. Allerdings sind die bereinigten Kosten bereits in der Periode vor dem Analysezeitraum der vorliegenden Begleitforschung von 3 166 321 323 Euro in 2008 auf 3 455 698 640 Euro in 2010 gestiegen, was einem Anstieg um 9,1 Prozent entspricht.



Datenquelle: Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.3.

Abbildung 10.2.: Bereinigte Kosten je Berechnungstag (Psych-Fachabteilungen in Psych-Krankenhäusern; in Euro)

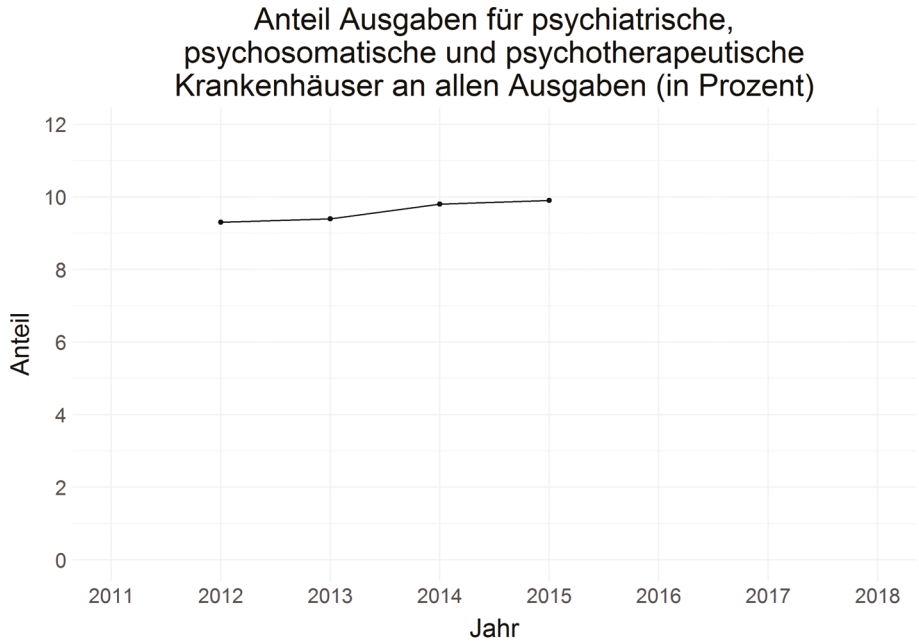
Abbildung 10.2 setzt die bereinigten Kosten ins Verhältnis zur Anzahl der zugrunde liegenden Berechnungstage. Bei diesen beiden Indikatoren ist zu beachten, dass erst seit dem Jahr 2012 auch Krankenhäuser mit geriatrischen Betten in die Kostenstatistik einfließen. Aufgrund der unterschiedlichen Grundgesamtheit ist das Wachstum des Indikators über die Jahre 2011 bis 2015 hinweg jedoch nur mit großer Vorsicht zu interpretieren. Der Indikator kann unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=4002&criterion=Gesamt online abgerufen werden.

10.2. Leistungsausgaben der GKV

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

Die im folgenden Unterkapitel analysierten Leistungsausgaben der GKV beziehen sich insbesondere auf die Kosten für voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V (einschließlich der Mehrkosten nach § 39 Abs. 2 SGB V). Die hierfür als Datenquelle herangezogene KJ1-Statistik enthält erst ab dem Jahr 2012 entsprechende Einträge, da ein gesonderter Ausweis der Ausgaben für die stationäre psychiatrische Be-

handlung (Konto 4603) sowie der Ausgaben für vor- und nach-stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlungen (Konto 4613) bis einschließlich 2011 nicht erfolgt ist.



Datenquelle: BMG, Daten der KJ1-Statistik.

Abbildung 10.3.: Anteil Ausgaben für Psych-Entgelte an allen Krankenhausausgaben der GKV (in Prozent)

Die Ausgaben der GKV für voll- und teilstationäre Behandlungen in psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Krankenhäusern betrugen 5 463 116 275 Euro für das Jahr 2012 und 6 571 771 777 Euro für das Jahr 2015. Der Indikator kann unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=6302&criterion=Gesamt online abgerufen werden. Der Anteil dieser Ausgaben an allen Ausgaben, die in der GKV für voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlungen anfielen, betrug wie in Abbildung 10.3 dargestellt im Jahr 2012 9,3 und im Jahr 2015 9,9 Prozent (+0,6 Prozentpunkte).

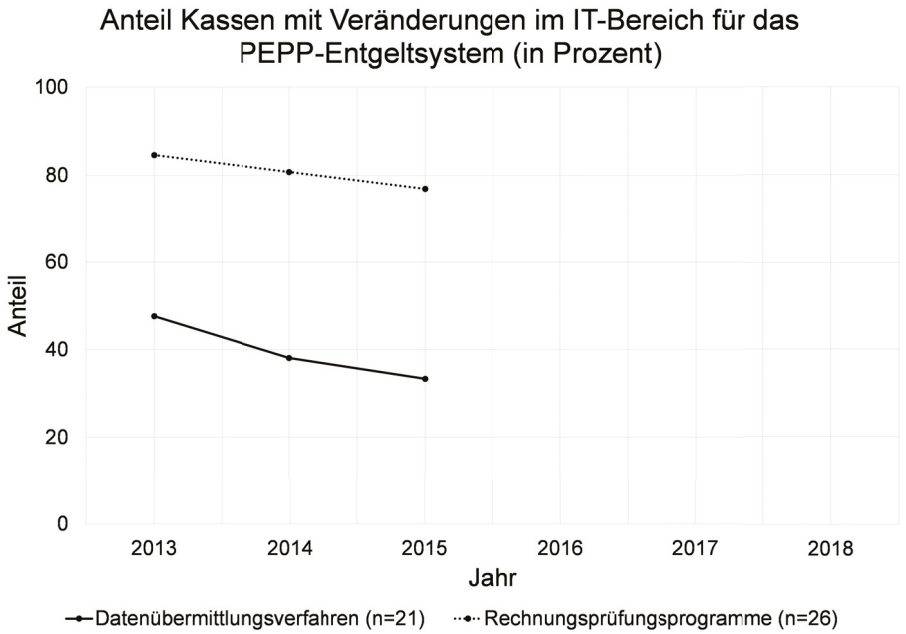
10.3. Strukturen von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen

Deskriptive Analyse der Primärdaten

Mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems hatten die Krankenkassen in ihrem IT-Bereich Veränderungen vorzunehmen, die sich insbesondere auf die Bereiche der Hardware- und Software-Ausstattung bezogen. 10 von 21 (47,6 Prozent) der teilnehmenden Kassen gaben an, im Jahr 2013 Veränderungen bei den Datenübermittlungsverfahren durchgeführt zu haben. Im Jahr 2014 setzten 8 von 21 (38,1 Prozent) Kassen solche Veränderungen um. 7 von 21 (33,3 Prozent) Kassen taten dies im Jahr 2015 (s. Abbildung 10.4). Die

Einführung des PEPP-Entgeltsystems veranlasste 4 von 26 (15,4 Prozent) Kassen dazu, im Zeitraum von 2013 bis 2015 wesentliche Investitionen im IT-Bereich vorzunehmen. Die Kassen nennen hier zumeist die Beschaffung von Software-Lösungen. Zudem geben 3 von 26 (11,5 Prozent) Kassen an, dass ihre IT-Strukturen wesentlich verändert werden mussten. Auch hier stehen Änderungen in der Software im Vordergrund.

Bezogen auf die verwendeten Rechnungsprüfungsprogramme wird ein rund doppelt so hoher Anteil an Veränderungen mit ebenfalls abnehmender Tendenz über die Jahre berichtet. Für das Jahr 2013 geben 22 von 26 (84,6 Prozent) Kassen an, an den Prüfprogrammen Änderungen vorgenommen zu haben, sowie 21 von 26 (80,8 Prozent) für 2014 und 20 von 26 (76,9 Prozent) für 2015.



Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

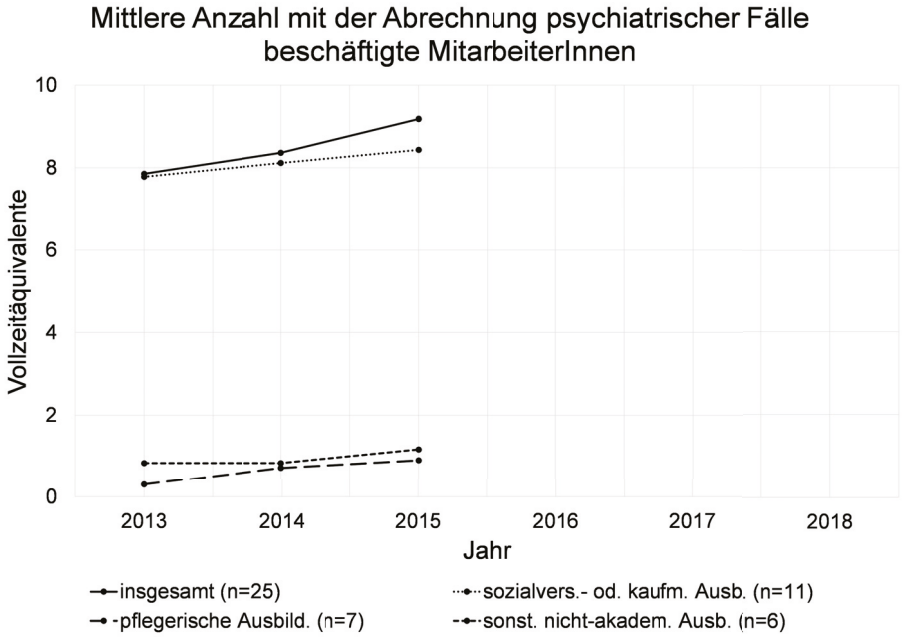
Abbildung 10.4.: Anteil Kassen mit Veränderungen im IT-Bereich für das PEPP-Entgeltsystem (in Prozent)

Mit der Befragung der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen wird außerdem die Anzahl der MitarbeiterInnen, die mit der Abrechnung von PEPP-Fällen beschäftigt sind, sowie Veränderungen in deren Qualifikationsportfolio erfasst. Die Anzahl der MitarbeiterInnen wurden dazu in Vollzeitäquivalenten (VÄ) p. a. angegeben. Zusätzlich wird betrachtet, für wie viele vollstationär behandelte Fälle – bzw. für deren Abrechnung – ein Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin zuständig war (Berechnung der Verhältnisse unter Einbezug der Angaben zu Frage 8.1 im Basisteil des Fragebogens, s. Kapitel A im Anhang).

Obwohl die MitarbeiterInnenzahlen nach Qualifikationen differenziert abgefragt wurden, liegen nur für die Gesamtzahl (n = 25), für MitarbeiterInnen mit Sozialversicherungs- oder

kaufmännischer Ausbildung (n = 11), mit pflegerischer Ausbildung (n = 7) und MitarbeiterInnen mit sonstiger nicht-akademischer Ausbildung (n = 6) auswertbare Angaben vor. Die vorliegenden Angaben zeigen, dass der Personalaufwand für Fallabrechnungen in Psych-KH oder relevanten Abteilungen von 7,86 VÄ p. a. im Jahr 2013 über 8,36 VÄ p. a. im Jahr 2014 auf 9,18 VÄ p. a. im Jahr 2015 ansteigt. (s. Abbildung 10.5).

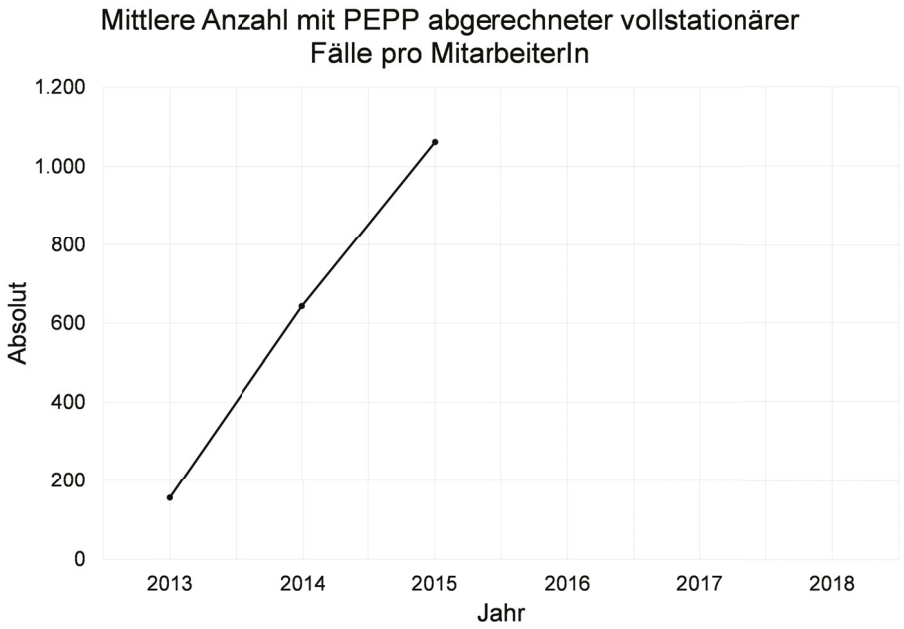
Die weitaus häufigst anzutreffenden beruflichen Qualifikationen dieser MitarbeiterInnen sind Sozialversicherungs- oder kaufmännische Ausbildungen (zwischen 7,78 und 8,44 VÄ p. a.). Einen geringen Anteil machen MitarbeiterInnen mit einer pflegerischen Ausbildung aus (zwischen 0,30 und 0,90 VÄ p. a.), während sonstige nicht-akademische Ausbildungen im Vergleich dazu etwas häufiger vertreten sind (zwischen 0,83 und 1,17 VÄ p. a.). Bei den MitarbeiterInnen mit den explizit benannten Ausbildungen lässt sich – ebenso wie bei den anderen MitarbeiterInnen – eine kontinuierliche Zunahme der Personalstärke über die betrachteten Jahre erkennen.



Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

Abbildung 10.5.: Mittlere Anzahl mit der Abrechnung psychiatrischer Fälle beschäftigte MitarbeiterInnen

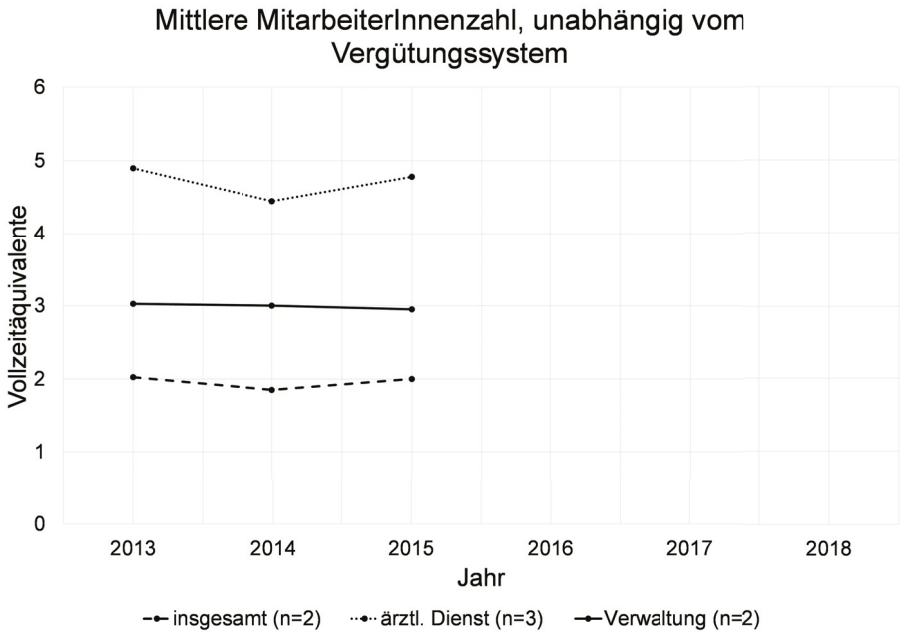
Die Anzahl vollstationär behandelter Fälle, die nach PEPP abgerechnet und von einer MitarbeiterIn im Durchschnitt in einem Jahr bearbeitet wurden, stieg nach der Einführung des Entgeltsystems (ab 2013) nahezu linear an. Im Jahr 2013 wurden im Mittel 156 vollstationäre Fälle von einer Vollkraft bearbeitet, im Jahr 2014 waren es 644 Fälle und im Jahr 2015 durchschnittlich 1 062 Fälle (s. Abbildung 10.6).



Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

Abbildung 10.6.: Mittlere Anzahl mit PEPP abgerechneter vollstationärer Fälle pro MitarbeiterIn

Darüber hinaus haben auch vier MDK Angaben zum Personaleinsatz gemacht. Im Einzelnen geht es um den Personaleinsatz in den Jahren 2013, 2014 und 2015 für voll- und teilstationäre Leistungen, die in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit beiden Vergütungssystemen abgerechnet und nach Dienstart differenziert erfasst wurden (s. Abbildung 10.7). Ein MDK mit teilweise extrem hohen Angaben wurde bei der Auswertung nicht berücksichtigt. Die Personalstärke war in Vollzeitäquivalenten im Jahresdurchschnitt (VÄ p. a.) anzugeben.

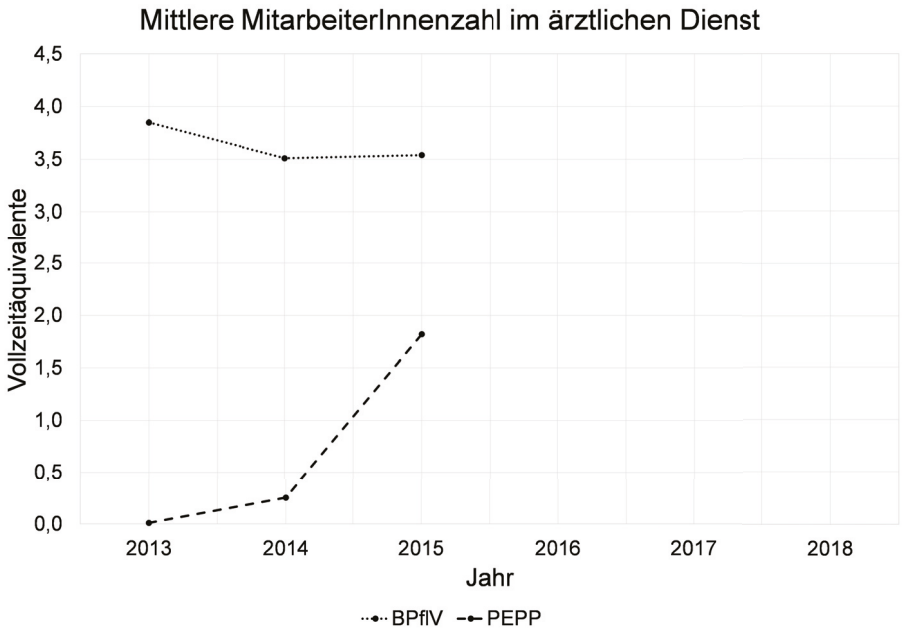


Anm.: Die Mitarbeiteranzahl wird in Vollzeitäquivalenten pro Jahr (VÄ p. a.) angegeben.
Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.7.: Mittlere MitarbeiterInnenzahl, unabhängig vom Vergütungssystem

Der Personaleinsatz für beide Vergütungssysteme zusammen war über die betrachteten Jahre 2013 bis 2015 im Mittel mit insgesamt 2,0, 1,8 und 2,0 VÄ p. a. stabil. Dieser Verlauf zeigt sich in ähnlicher Weise beim ärztlichen Dienst[32] (4,9; 4,5 und 4,8 VÄ p. a.) sowie bei der Personalausstattung der Verwaltung (durchgängig 3,0 VÄ p. a.). Ein MDK hat den Personaleinsatz nach dem Vergütungssystem differenziert angegeben und zwar für den ärztlichen Dienst (s. Abbildung 10.8). Danach wurden für mit TGPS abgerechnete Leistungen in den Jahren 2013 bis 2015 im ärztlichen Dienst 3,9; 3,5 und 3,5 VÄ p. a. beschäftigt und für nach PEPP abgerechnete Fälle 0,01; 0,25 und 1,8 VÄ p. a.

[32] Die unerwarteten Niveaus der VÄ („insgesamt“, „ärztlicher Dienst“ und „Verwaltung“) sind auf die Mittelwertbildung zurückzuführen, die jeweils auf Angaben unterschiedlicher MDK mit unterschiedlichen VÄ-Niveaus beruhen.



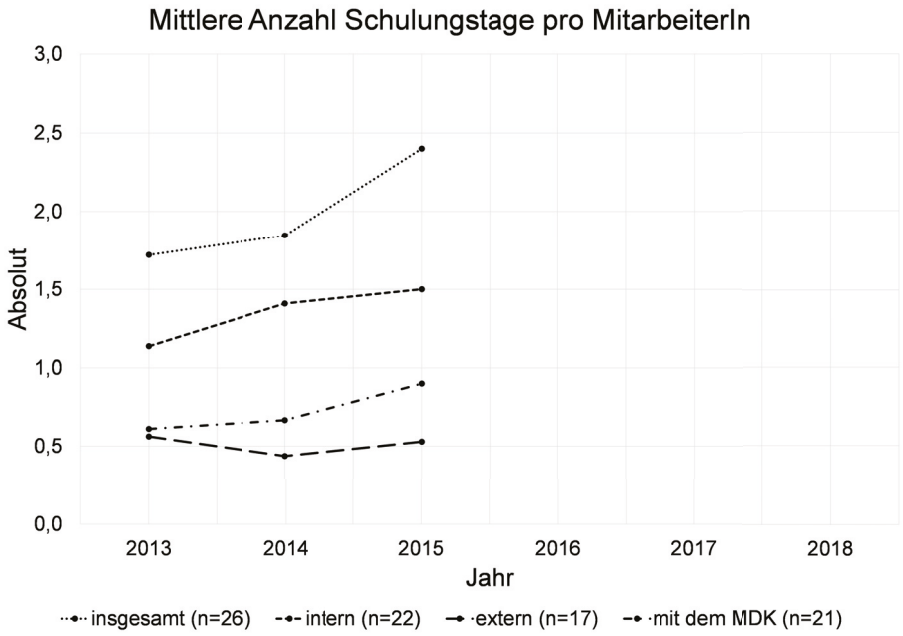
Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.8.: Mittlere MitarbeiterInnenzahl im ärztlichen Dienst

10.3.1. Verwaltungskosten

Neben den laufenden Personalausgaben fallen weitere einmalige sowie kontinuierlich wiederkehrende Aufwendungen zur Einführung und zum Betrieb des PEPP-Entgeltsystems an. In der Befragung der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen werden dazu Aufwände zur Schulung des Personals, Aufwände für externe Beratungsleistungen und auf externe Dienstleister ausgelagerte Leistungen abgefragt.

Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems macht auf Seiten der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen eine gründliche Schulung des damit befassten Personals notwendig. Dem erkannten Schulungsbedarf wird mit zunehmenden Schulungsaktivitäten begegnet. Insgesamt steigt die durchschnittliche Anzahl durchgeführter Schulungstage pro MitarbeiterIn in den ersten drei Jahren nach Einführung des PEPP-Entgeltsystems zunehmend an; sie steigt von 1,72 Tage pro MitarbeiterIn im Jahr 2013 über 1,85 Tage pro MitarbeiterIn im Jahr 2014 auf 2,40 Tage pro MitarbeiterIn im Jahr 2015 an (s. Abbildung 10.9), was einer durchschnittlichen Zunahme des Zeitumfangs von rund 40 Prozent bzw. 5,4 Stunden pro MitarbeiterIn gegenüber dem Jahr 2013 bedeutet. Die Schulungen werden überwiegend intern durchgeführt.



Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

Abbildung 10.9.: Mittlere Anzahl Schulungstage pro MitarbeiterIn

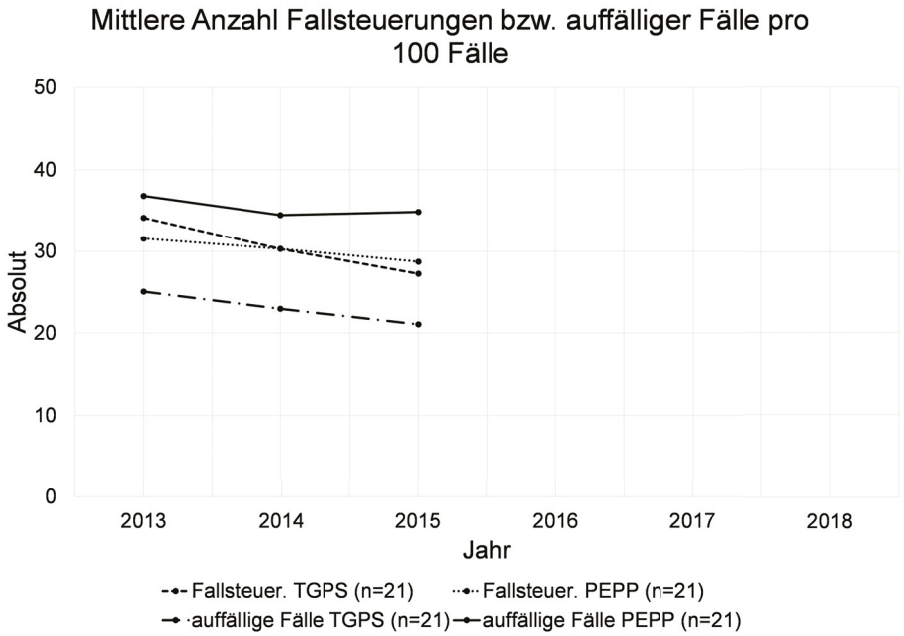
Externe Beratungsleistungen werden von den Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen eher selten in Anspruch genommen. Für die drei betrachteten Jahre geben vier Kassen an, jeweils einen Beratertag für den mit PEPP-Abrechnungen befassten Bereich verwendet zu haben. Eine Kasse nahm in jedem dieser Jahre 15 Beratertage in Anspruch. Ansonsten wurde nicht auf externe Beratungsleistungen zurückgegriffen.

10.3.2. Organisation der Fallprüfungen

5 von 26 (19,2 Prozent) Kassen gaben für das Jahr 2013 und 7 von 26 (26,9 Prozent) jeweils für die Jahre 2014 und 2015 an, dass wesentliche Anpassungen in den Abläufen der Rechnungsprüfung erfolgten. Acht Kassen gaben Auskunft darüber, um welche Anpassungen es sich dabei explizit handelte: Abrechnungsprüfung, Einführung der Kodierprüfung[33], Anpassung des Regelwerkes für die Rechnungsprüfung sowie die Tatsache, dass die Berufsbilder „FallmanagerIn“ und „Kodierfachkraft“ neu hinzugekommen sind.

Im Zuge der Rechnungsprüfung können Fallsteuerungen erfolgen bzw. auffällige Fälle auf Grundlage formaler ggf. automatisierter Prüfrichtlinien oder Prüfprogramme entdeckt werden. Hier wurden die Kassen gebeten, Angaben bzw. Einschätzungen abzugeben, wie häufig Fallsteuerungen und auffällige Fälle bei den betrachteten Vergütungssystemen – bezogen auf 100 abgerechnete Fälle – in den jeweiligen Verfahrensjahren auftreten.

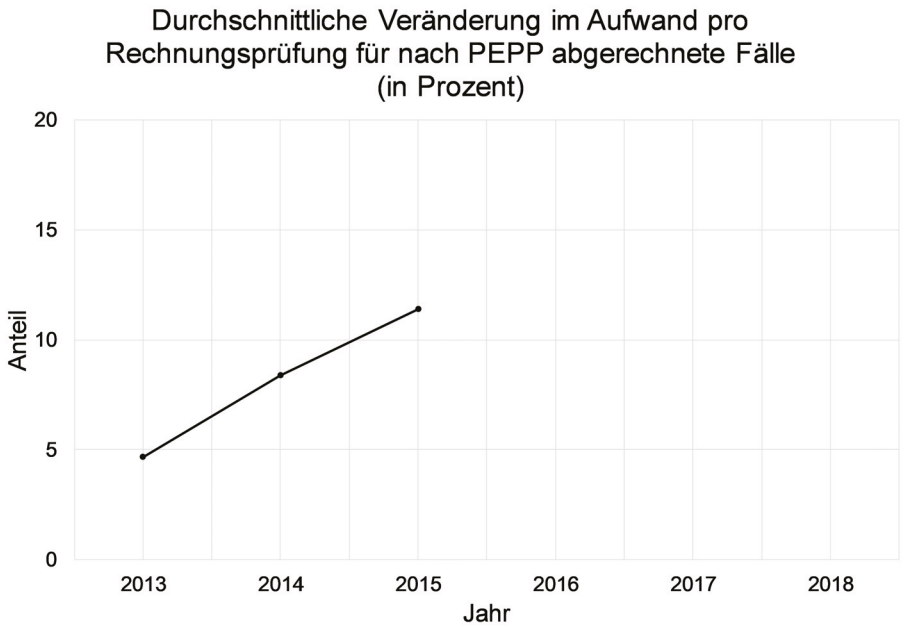
[33] Überprüfung der PEPP-Kodes, mit denen die Behandlung der PatientInnen beschrieben wird und die Grundlage der fallbezogenen Vergütung bilden.



Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

Abbildung 10.10.: Mittlere Anzahl Fallsteuerungen bzw. auffälliger Fälle pro 100 Fälle

Es zeigt sich, dass sich die Durchführung von Fallsteuerungen, also das Eingreifen im Laufe der Behandlung, bei beiden Vergütungssystemen relativ ähnlich darstellt. Über die betrachteten Jahre nimmt die Anzahl pro 100 abgerechneter Fälle stetig ab, von 34,1 bzw. 31,6 im Jahr 2013 über 30,3 im Jahr 2014 auf 27,2 bzw. 28,7 im Jahr 2015 (TGPS vs. PEPP, s. Abbildung 10.10). Die Anzahlen auffälliger Fälle unterscheiden sich vom Niveau her dagegen sehr und liegen für mit TGPS abgerechnete Fälle mit Werten von 25,0, 23,0 und 21,0 (jeweils bezogen auf 100 abgerechnete Fälle) deutlich unter den Fallsteuerungswerten. Für nach PEPP abgerechnete Fälle liegen sie mit Werten von 36,8, 34,5,und 34,9 (jeweils bezogen auf 100 abgerechnete Fälle) durchgängig über den Werten der Fallsteuerungen. Bei den auffälligen Fällen variieren die Unterschiede beider Vergütungssysteme zwischen 11,5 und 13,8 Fällen pro 100 abgerechneten Fällen.

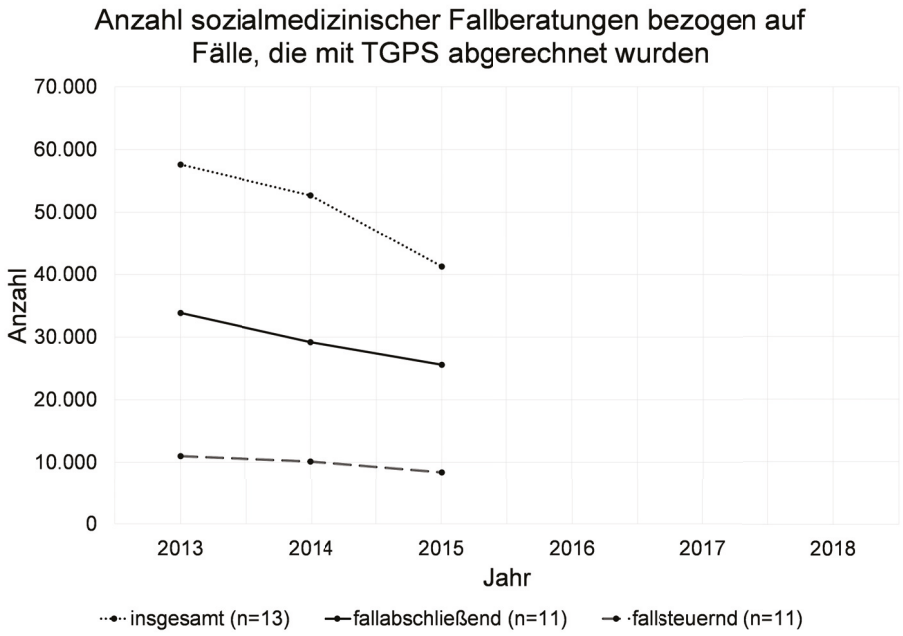


Anm.: Ein positiver (negativer) Anteilswert beschreibt einen Mehr- (Minder-)aufwand gegenüber TGPS.
Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

Abbildung 10.11.: Durchschnittliche Veränderung im Aufwand pro Rechnungsprüfung für nach PEPP abgerechnete Fälle (in Prozent)

Ausgehend vom Referenzwert „100 Prozent“ für den Aufwand einer durchschnittlichen Rechnungsprüfung eines mit TGPS abgerechneten Falles, wird im Durchschnitt für das Jahr 2013 ein Mehraufwand für nach PEPP abgerechnete Fälle i. H. v. 4,67 Prozent angegeben (s. Abbildung 10.11). Im Jahr 2014 liegt der Mehraufwand bei 8,39 Prozent und im Jahr 2015 steigt der Mehraufwand für eine PEPP-Abrechnung im Mittel auf 11,4 Prozentgegenüber der Abrechnung eines TGPS-Falles an.

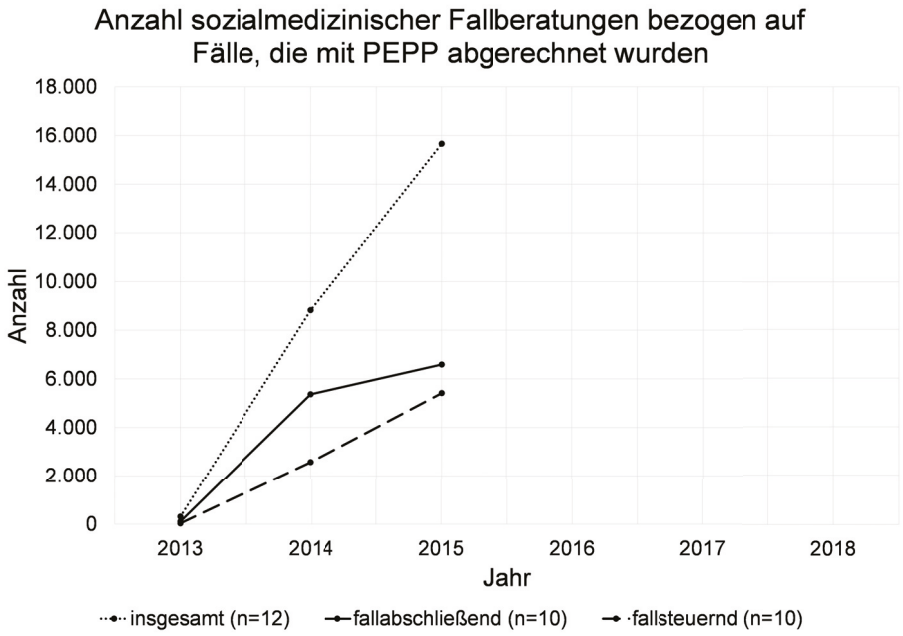
Zur Beschreibung des Fallprüfungsgeschehens wurde auch eine Befragung der MDK durchgeführt. Hierbei wurde die Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen, die Anzahl Begutachtungen (Gutachten und Kurzgutachten) sowie die Anzahl von Widerspruchsanträgen getrennt für beide Vergütungssysteme bezogen auf die Jahre 2013, 2014 und 2015 erhoben.



Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.12.: Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet wurden

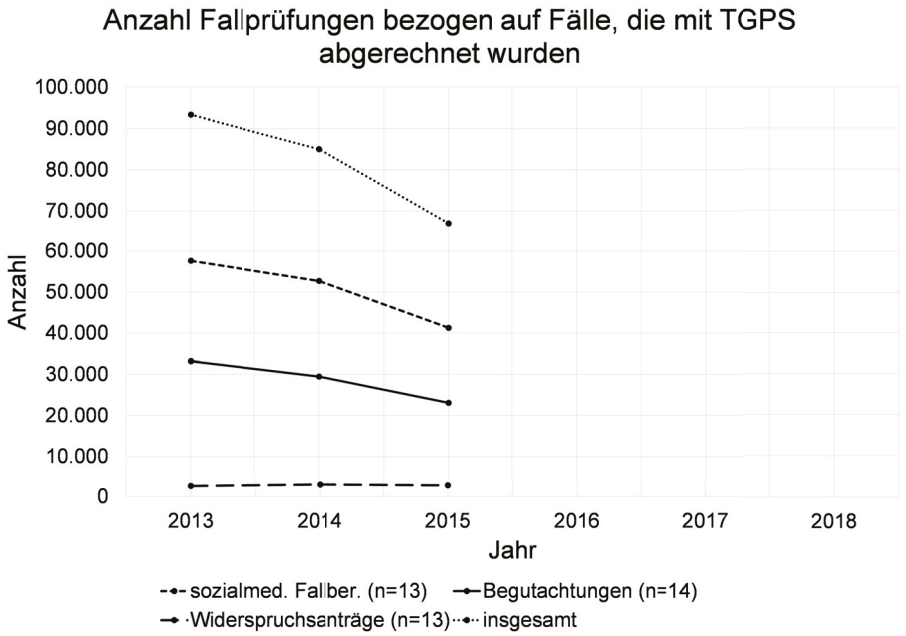
Bezogen auf voll- und teilstationäre Fälle aus der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die mit TGPS abgerechnet wurden, nahm der Umfang sozialmedizinischer Fallberatungen über die betrachteten Jahre 2013 bis 2015 insgesamt von 57 595 über 52 669 auf 41 258 Fallberatungen pro Jahr ab (s. Abbildung 10.12).



Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

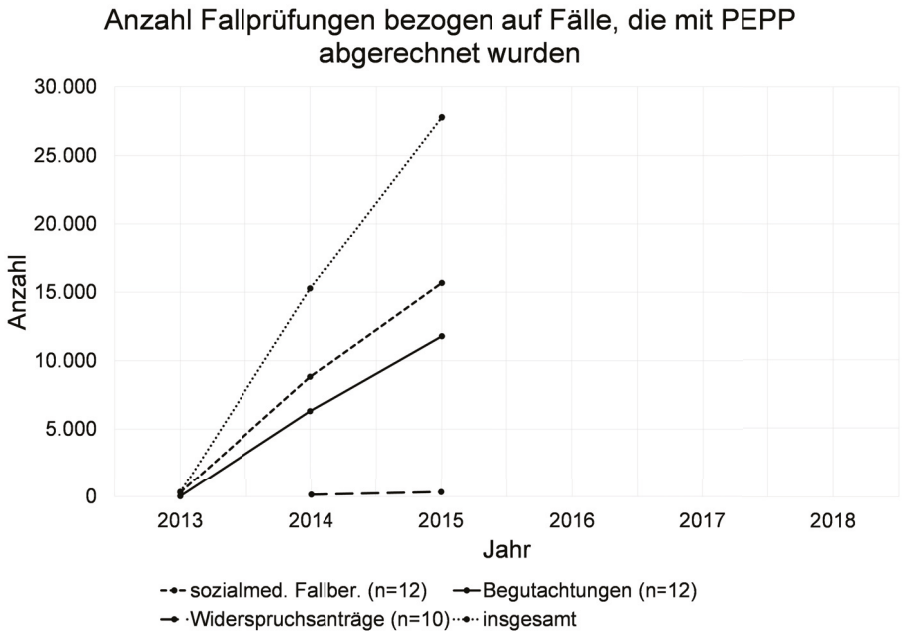
Abbildung 10.13.: Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden

Die Anzahlen der fallabschließenden und der fallsteuernden Fallberatungen fielen ebenfalls in diesem Zeitraum auf niedrigerem Niveau ab. Bezogen auf Fälle, die in diesem Zeitraum mit PEPP abgerechnet wurden, zeigt sich dagegen ein kontinuierlicher Anstieg der sozialmedizinischen Fallberatungen von 307 Fällen im Jahr 2013 über 8 824 Fälle im Jahr 2014 auf 15 668 Fälle im Jahr 2015 (s. Abbildung 10.13). Die Anzahlen der fallabschließenden und der fallsteuernden Fallberatungen stiegen in diesem Zeitraum beide auf niedrigerem Niveau an.



Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.14.: Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet wurden



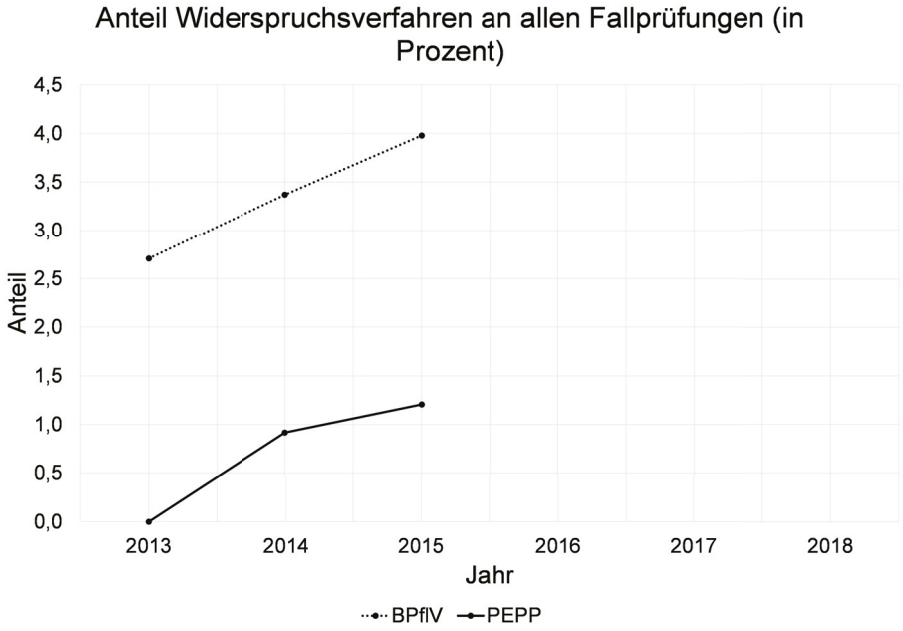
Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.15.: Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden

Auch bei den Begutachtungen zeigt sich ein ähnliches Bild. Bei mit TGPS abgerechneten Fällen fällt die Anzahl kontinuierlich von 33 182 Fällen (2013) über 29 469 Fälle (2014) auf 23 068 Fälle im Jahr 2015 ab (s. Abbildung 10.14). Die Anzahl der Begutachtungen von PEPP-Fällen steigt in den Jahren von 29 Fällen (2013) über 6 303 Fälle (2014) zu 11 778 Fällen im Jahr 2015 an (s. Abbildung 10.15).

Bei Betrachtung des gesamten Fallprüfungsgeschehens bzw. der Summe der Angaben zu den sozialmedizinischen Fallberatungen, den Begutachtungen und den Widerspruchsanträgen wird die gegenläufige Entwicklung bezogen auf beide Vergütungssysteme deutlich. Bei mit TGPS abgerechneten Fällen nimmt die Gesamtanzahl von Fallprüfungen kontinuierlich ab, von 93 302 (2013) über 85 003 (2014) auf 66 992 Fälle im Jahr 2015 (s. Abbildung 10.14). Bei nach PEPP abgerechneten Fällen nimmt die Anzahl von Fallprüfungen kontinuierlich zu, von 336 (2013) über 15 267 (2014) zu 27 781 Fälle im Jahr 2015 (s. Abbildung 10.15).

Bei den Widerspruchsanträgen, bei mit TGPS abgerechneten Fällen, zeigen sich über den betrachteten Zeitraum nur geringe Änderungen (2 525 vs. 2 865 vs. 2 666 Fälle p. a., s. Abbildung 10.14), bei nach PEPP abgerechneten Fällen wurde für 2013 kein Fall notiert, für 2014 geben acht MDK insgesamt 140 Widerspruchsanträge an und für 2015 werden von 10 MDK 335 Widerspruchsanträge angegeben (s. Abbildung 10.15).



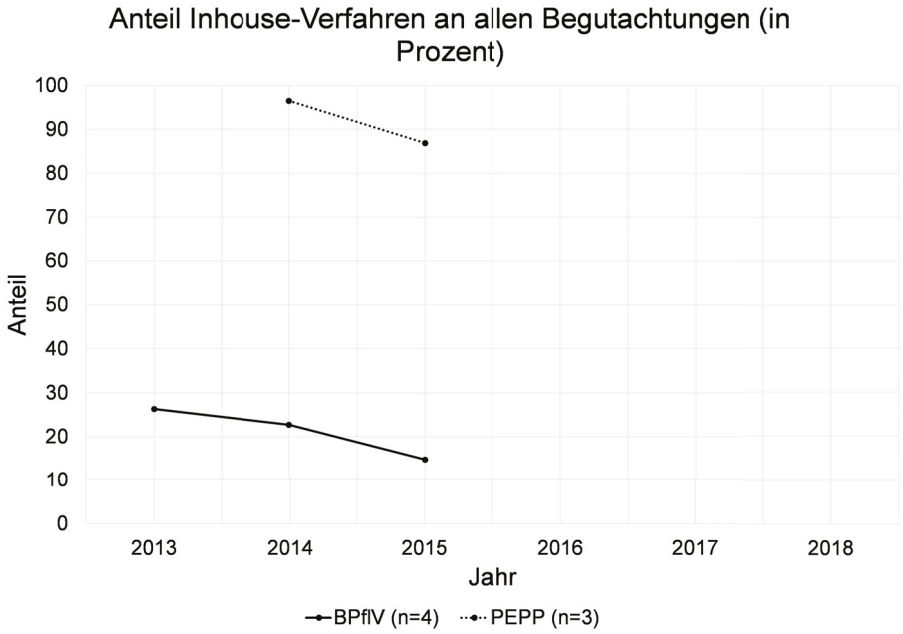
Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.16.: Anteil Widerspruchsverfahren an allen Fallprüfungen (in Prozent)

Für die folgende Betrachtung wurde die Anzahl der Widerspruchsverfahren ins Verhältnis zur Summe der Anzahl sozialmedizinischer Fallprüfungen, Begutachtungen und Widerspruchsverfahren gesetzt, da diese das gesamte Fallprüfungsgeschehen beschreiben. Die

Berechnungen erfolgten getrennt für die betrachteten Verfahrensjahre 2013 bis 2015 und differenziert nach den beiden zu vergleichenden Vergütungssystemen. Die Quoten werden in Prozent angegeben. Die Ergebnisse sind in Abbildung 10.16 dargestellt.

Bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet werden, steigt die Quote der Widerspruchsverfahren über die Jahre kontinuierlich von 2,7 Prozent des gesamten Fallprüfungsgeschehens im Jahr 2013 über 3,4 Prozent (2014) zu 4,0 Prozent im Jahr 2015 an. Bei nach PEPP abgerechneten Fällen steigt die Quote ebenfalls kontinuierlich an, aber auf niedrigerem Niveau. Im Jahr 2013 werden von den MDK keine Widerspruchsverfahren aufgeführt, daher liegt die Quote hier bei 0,0 Prozent, im Jahr 2014 liegt sie bei 0,9 Prozent und im Jahr 2015 bei 1,2 Prozent.



Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.17.: Anteil Inhouse-Verfahren an allen Begutachtungen (in Prozent)

Neben inhaltlichen Aspekten der Begutachtungen gibt es den formalen Aspekt der Prüfung im Inhouse-Verfahren (s. Abbildung 10.17). Es zeigt sich, dass der Anteil Inhouse-Verfahren an allen Begutachtungen bei differenzierter Betrachtung über die betrachteten Jahre abnimmt. Bei Abrechnungen von TGPS fällt die Quote von 26,3 Prozent im Jahr 2013 über 22,7 Prozent (2014) auf 14,8 Prozent im Jahr 2015. Werden die Fälle nach PEPP abgerechnet, dann liegen bei den einbezogenen MDK für 2013 keine Angaben vor, im Jahr 2014 liegt der Anteil bei 96,5 Prozent und fällt im Folgejahr auf 86,9 Prozent.

10.4. Diskussion

Mit der sukzessiven Einführung des PEPP-Entgeltsystems steigt die Anzahl von Einzelfallprüfungen und liegt bereits ab dem Jahr 2014 über der Prüfquote bei mit TGPS abgerechneten Fällen. Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems führt u. a. dazu, dass die Korrekturquote im Rahmen der Einzelfallprüfungen im ersten Jahr der Einführung besonders hoch ausfällt, um in den Folgejahren wieder zurückzugehen. Dabei liegen die Korrekturquoten der Bewertungsrelationen deutlich über den Korrekturquoten der Verweildauer und primären Fehlbelegung bei nach PEPP abgerechneten Fällen. Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems bewirkt zudem einen Anstieg der Anzahl an Klageverfahren bei den Einzelfallprüfungen, welcher deutlich über den Anteilen bei mit TGPS abgerechneten Fällen liegt.

Für die Krankenkassen und Krankenversicherungen macht das Fallaufkommen der nach PEPP abgerechneten Fälle 2013 einen Anteil an allen Abrechnungen von 1,6 Prozent aus, im Folgejahr steigt der Anteil auf 16,3 Prozent und im Jahr 2015 auf 34,7 Prozent.

Die MDK-Befragung hat ebenfalls ergeben, dass mit der seit 2013 kontinuierlich ansteigenden Anzahl von Optionshäusern, die Anzahl der Fallprüfungen für mit PEPP abgerechnete Fälle ebenfalls kontinuierlich ansteigt. Gleichzeitig führen die MDK zunehmend weniger Fallprüfungen bei Fällen durch, die mit TGPS abgerechnet wurden. Dieser gegenläufige Zusammenhang findet sich bei den sozialmedizinischen Fallberatungen und bei den Begutachtungen wieder. Bei den Widerspruchsanträgen ist er so nicht zu erkennen. Bezogen auf die absolute Anzahl an Fallprüfungen lässt sich lediglich bei den PEPP-Fällen ein höherer Anteil von Begutachtungen an den Gesamtprüfungen feststellen.

Mit der Zunahme an mit PEPP abzurechnenden Fällen gehen unterschiedliche Veränderungen in den Krankenkassen und Krankenversicherungen einher. Im IT-Bereich berichten 77 bis 85 Prozent der Kassen, Änderungen bei den Rechnungsprüfungsprogrammen vorgenommen zu haben. Änderungen bei den Datenübermittlungsverfahren haben 33 bis 48 Prozent der Kassen durchgeführt. Dies legt die Schlussfolgerung nahe, dass die Einführung des PEPP-Entgeltsystems bei einem wesentlichen Anteil der Krankenkassen und Krankenversicherungen im IT-Bereich zu Veränderungen geführt hat, die aus notwendigen Aktualisierungen resultieren und folglich bei einer derartigen Umstellung zu erwarten sind.

Auf der Personalebene zeigt sich, dass die Anzahl der mit den Abrechnungen psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer stationärer Leistungen befasster MitarbeiterInnen in den Kassen über die betrachteten Jahre kontinuierlich ansteigt (s. Abbildung 10.5). Bei insgesamt gleichbleibenden Abrechnungszahlen kommt darin der PEPP-bedingte personale Mehrbedarf zum Ausdruck. Zusammenfassend lässt sich daher festhalten, dass die Einführung des PEPP-Entgeltsystems kassenseitig zu einer Erhöhung des Personalaufwandes für die Abrechnung geführt hat, was aufgrund der unterschiedlichen Komplexität beider Systeme einen nachvollziehbaren Effekt darstellt.

Zusätzlich zur steigenden Anzahl an MitarbeiterInnen, die bei den Krankenkassen die Abrechnungen bearbeiten, steigt ebenfalls die Anzahl durchgeführter Schulungstage pro MitarbeiterIn an, womit sich die absoluten Schulungsaufwände in den Kassen insgesamt noch einmal stärker entwickeln als der Zuwachs an Schulungstagen pro MitarbeiterIn allein erkennen lässt. Die Zunahme interner Schulungen schwächt sich ab, wohingegen Schulungen mit dem MDK zunehmen. Hierin zeigt sich die Komplexität des PEPP-Entgeltsystems und die Bedeutung eines mit dem MDK abgestimmten Vorgehens. Externe Beratungsleistungen sowie Auslagerungen von Leistungen an externe Dienstleister kommen PEPP-bedingt gar nicht oder nur in einem unbedeutenden Umfang vor.

Die Personalausstattung der MDK hingegen bleibt über die betrachteten ersten drei Jahre der Einführung des PEPP-Entgeltsystems relativ stabil, so dass auf absoluter Ebene kein offenkundiger Effekt der Einführung des PEPP-Entgeltsystems naheliegt. Die Angaben eines MDK zeigen möglicherweise den naheliegenden inhaltlichen Wechsel bei den MitarbeiterInnen des ärztlichen Dienstes, der sich nur marginal auf die Beschäftigtenzahlen insgesamt auswirkt. Hier bleibt zu beobachten, welchen Langzeiteffekt der Übergang zum PEPP-Entgeltsystem für die Personalausstattung hat. Es ist wünschenswert, aussagekräftige Angaben durch die MDK-Befragung für die folgenden drei Jahre, dem zweiten Forschungszyklus, zu gewinnen.

Bei den Fallprüfungen fällt auf, dass sich die relativen Häufigkeiten für beide Vergütungsverfahren sehr ähneln und über die Anfangsjahre der Einführung des PEPP-Entgeltsystems von Jahr zu Jahr moderat abnehmen. Sehr deutlich fällt dagegen der Unterschied zwischen den relativen Häufigkeiten der gefundenen auffälligen Fälle bei beiden Vergütungsverfahren auf. Pro 100 abgerechnete Fälle werden bei mit PEPP abgerechneten Fällen 11,5 bis 13,8 mehr Fälle als auffällig klassifiziert als bei 100 mit TGPS abgerechneten Fällen. Allein damit steigt der Prüfaufwand für die Kassen und die Leistungserbringer deutlich an. Dieser Umstand wird von den Kassen bestätigt, wenn sie angeben, dass der Mehraufwand pro Rechnungsprüfung von 4,7 Prozent über 8,4 Prozent auf 11,4 Prozent über die betrachteten Jahre angestiegen ist (im Vergleich zu Rechnungsprüfungen von Fällen, die mit TGPS abgerechnet wurden).

Insgesamt werden dadurch zwei Auswirkungen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems auf die Organisation der Fallprüfungen deutlich: Zum einen steigt der Aufwand für die Rechnungsprüfungen aufgrund der oben geschilderten Anpassungen in den Abläufen deutlich, was aufgrund der gestiegenen Komplexität der Abrechnung im Erwartungshorizont liegt und somit einen erwarteten Effekt der PEPP-Einführung darstellt. Zum anderen steigt die Anzahl der als auffällig klassifizierten Fälle, was vermutlich auf die zusätzlich kodierten Informationen bei PEPP-Fällen und die Neuartigkeit des Systems zurückzuführen ist.

Die Angaben der MDK-Befragung zeigen überdies, dass der Anteil der Widerspruchsverfahren an allen Fallprüfungen seit dem Beginn der PEPP-Einführung kontinuierlich gestiegen ist. Bei differenzierter Betrachtung gilt das für mit TGPS abgerechnete Fälle ebenso wie für Fälle, die nach PEPP abgerechnet wurden, jedoch bei den PEPP-Fällen

auf deutlich niedrigerem Niveau. Bisher fehlt eine Erklärung dafür, dass die Anzahl an Widerspruchsverfahren nicht im gleichen Umfang gefallen ist wie die Anzahl der mit TGPS abgerechneten Fälle.

Der Anteil an Prüfungen im Inhouse-Verfahren nimmt bei mit TGPS abgerechneten Fällen ab, was auf die abnehmende Relevanz dieser Vergütungsvariante zurückzuführen sein dürfte. Die Quote an Prüfungen nach Inhouse-Verfahren liegt bei Begutachtungen von PEPP-Fällen grundsätzlich um ein Vielfaches höher als bei der Prüfung von TGPS-Fällen. Dies hängt maßgeblich mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems zusammen. Das extrem hohe relative Ausmaß an Inhouse-Verfahren bei PEPP-Fällen in den Anfangsjahren seiner Einführung, mit einer Prüfquote von annähernd 100 Prozent im Jahr 2014, dürfte auf zwei Umständen beruhen, zum einen den noch vergleichsweise geringen Fallzahlen und zum anderen dem Bedürfnis nach Abklärung interpretationsfähiger Sachverhalte. Beide Punkte würden den Abfall der Quote im Jahr 2015 in Richtung Normalniveau erklären.

Die Veränderungen der mit Hilfe von Sekundärdaten gemessenen Indikatoren dieses Kapitels sind nur mit Einschränkungen zu interpretieren, da sich für diese Indikatoren im Beobachtungszeitraum die Grundgesamtheit bzw. der Differenzierungsgrad verändert hat. Dies trifft vor allem für die Erhebung der Kosten der Krankenhäuser bzw. der Leistungsausgaben der GKV zu.

Die beobachtete Kostensteigerung bei den bereinigten Kosten der Psych-Krankenhäuser von 2011 auf 2015 von 25,7 Prozent liegt oberhalb der Zunahme in der Vergangenheit. z. B. sind im Zeitraum von 2008 bis 2010 die bereinigten Kosten von 3,2 Mrd. Euro in 2008 auf 3,5 Mrd. Euro in 2010 gestiegen, was lediglich einem Anstieg von 9,1 Prozent über 2 Jahre entspricht. Zumindest teilweise kann die Kostensteigerung bei den bereinigten Kosten auf den zeitgleich erfolgten Anstieg der Behandlungstage um 6,7 Prozent (s. Kapitel 7) zurückgeführt werden.

Insbesondere bei den Personalkosten, die in der psychiatrischen stationären Versorgung einen wesentlichen Anteil der bereinigten Kosten ausmachen, hat es größere Veränderungen gegeben. Laut den Daten des Statistischen Bundesamtes stiegen die Personalkosten in Psych-Krankenhäusern im Berichtszeitraum um 25,3 Prozent auf 3,6 Mrd. Euro – im ärztlichen Dienst sogar um 34,3 Prozent. Dieser Anstieg der Personalkosten beträgt im Vorberichtszeitraum von 2008 bis 2011 im Mittel 5,0 Prozent pro Jahr. Diese Veränderung liegt vermutlich vor allem an den seit dem Jahr 2012 geänderten Regeln in der Vergütung und dem Ausgleich von Bereitschaftsdiensten. So sind z. B. seit dem Jahre 2012 Bereitschaftsdienste zwischen 21.00 Uhr und 06.00 Uhr als Nachtarbeit einzustufen. Dies führte zu höheren Kosten und zu einem weitergehenden Urlaubsausgleich. Für die Krankenhäuser bedeutete diese Änderung nicht nur eine Erhöhung der Vergütung je MitarbeiterIn, sondern brachte auch die Erfordernis mit, zusätzliches Personal einzustellen. Unklar ist jedoch in diesem Kontext, inwieweit und in welchem Umfang die krankenhausindividuellen Verhandlungsergebnisse über die Entwicklung der Pflegesätze zu einem entsprechenden Ausgleich geführt haben.

Der größte Unsicherheitsfaktor in Bezug auf die Interpretation der Entwicklung der bereinigten Kosten ist jedoch auf die veränderte Grundgesamtheit zurückzuführen. Ein Vergleich über mehrere Jahre hinweg, im Rahmen dieser Analyse von 2011 auf 2015, wird zudem dadurch erschwert, dass sich sowohl die Arbeitsmarktsituation als auch die Strukturen in der Leistungserbringung (z. B. durch Outsourcing, vgl. Kapitel 5.1), durch die lokale Struktur der nicht-stationären Versorgungsbereiche inkl. der integrierten Versorgung und Modellprojekte, vgl. 5.2) über die Zeit verändern und damit einen Einfluss auf die zu messenden Parameter haben. Außerdem muss berücksichtigt werden, dass steigende Aufwendungen für den Ausbildungsfonds sowohl die Brutto-Gesamtkosten als auch die bereinigten Kosten erhöhen.

Auch bei zukünftigen Interpretationen der Kosten der Krankenhäuser und der Leistungsausgaben der GKV sind diese Faktoren zusätzlich zu beachten. Insofern wird ein Vergleich mit den Vorjahren immer nur eingeschränkt möglich sein. Im Hinblick auf die verpflichtende Einführung des PEPP-Entgeltsystems als Grundlage des nächsten Zyklus der Begleitforschung wird deshalb nochmals geprüft werden müssen, ob sich vor und nach der verpflichtenden Einführung des PEPP-Entgeltsystems Änderungen oder Trendbrüche in der dokumentierten Entwicklung nachweisen lassen.

In der Gesamtbetrachtung dieses Kapitels zeigen sich wesentliche Veränderungen in den Strukturen von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen. Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems führt zu Veränderungen in den Abrechnungsprozessen, die sich u. a. auf den IT-Bereich, die Personalausstattung und -schulungen auswirken. Auf der Seite der Krankenhäuser deuten sich ebenfalls steigende Aufwände in Verbindung mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems an, die sich beispielsweise in einem steigenden Anteil an Einzelfallprüfungen und dem damit verbundenen Anteil an Korrekturen und Klageverfahren im Rahmen des PEPP-Entgeltsystems widerspiegeln. Bei der Entwicklung der Leistungsausgaben der GKV sind datenbedingt aktuell noch keine verlässlichen Aussagen möglich.

Fazit und Ausblick

11. Fazit und Ausblick

Mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems ab dem Jahr 2013 erfolgte für die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung der vorerst freiwillige, budgetneutrale Umstieg von krankenhaus- bzw. abteilungsspezifischen, tagesgleichen Pflegesätzen hin zu einem stärker an der Ressourcenintensität der Behandlung ausgerichteten Vergütungssystem. Ähnlich wie beim diagnosebezogenen DRG-Entgeltsystem wird auch beim PEPP-Entgeltsystem das Ziel angestrebt, PatientInnen in möglichst kostenhomogene Abrechnungsgruppen einzuteilen. Seit 2018 ist die Umstellung verpflichtend, wenngleich immer noch (weitgehend) budgetneutral.

Der vorliegende Bericht zum Ende des ersten Forschungszyklus ist als Erweiterung des Endberichts zur Nullpunktmessung zu sehen. Er basiert auf Daten für die Jahre 2011 bis 2015 und verfolgt das Ziel, mit Hilfe deskriptiver und inferenzstatistischer Methoden Veränderungen in den durch den Auftraggeber vorgegebenen Indikatoren zu messen und diese – ggf. im Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems – zu diskutieren. Die im Rahmen des ersten Forschungszyklus bereitgestellten Daten ermöglichen dabei einen Vergleich der Indikatoren zwischen den zeitlichen Abschnitten *vor* (Jahre 2011 und 2012) und *nach* (Jahre 2013 bis 2015) der freiwilligen und budgetneutralen Einführung. Zusätzlich geben die durchgeführten Analysen Aufschluss darüber, ob sich etwaige Veränderungen in diesen Indikatoren vor allem auf die Gruppe von Krankenhäusern konzentrieren, die bereits für PEPP optiert haben oder ob auch die Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen, von diesen Änderungen betroffen ist.

Im aktuellen Forschungszyklus wurden hierfür erstmalig Befragungen der Krankenhäuser, der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen und der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen vorgenommen. Gegenüber der Nullpunktmessung standen außerdem zusätzliche Sekundärdaten zur Verfügung (GKV-Routinedaten gem. § 295 und § 301 SGB V sowie fallbezogene Leistungsdaten gem. § 21 KHEntgG), um detailliertere und differenziertere Analysen durchzuführen.

Die Entwicklung in den Bereichen Zugang und Qualität der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ist im Berichtszeitraum uneindeutig. Das bedeutet, dass in den zur Operationalisierung der einzelnen Themen herangezogenen Indikatoren Veränderungen beobachtet wurden, die sowohl als Verbesserungen als auch Verschlechterungen interpretiert werden könnten. Insofern kann ein Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems zum jetzigen Zeitpunkt und auf wissenschaftlicher Basis nicht hergestellt werden, was allerdings nicht bedeutet, dass ein solcher Zusammenhang grundsätzlich ausgeschlossen werden kann.

Im Berichtszeitraum sind keine Veränderungen in den Strukturen, bei der Fallzahl und der Behandlung von PatientInnen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung beobachtbar, die in einem kausalen Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystem stehen. Denn obwohl die durchgeführten statistischen Analysen auf

Veränderungen in einem oder mehreren Indikatoren hindeuten, sind diese entweder auf grundsätzliche Unterschiede in den beiden Vergleichsgruppen (Optionshäuser bzw. Nicht-Optionshäuser) zurückzuführen, die aber auch schon vor der Einführung von PEPP bestanden haben. Oder die Veränderungen markieren lediglich eine zeitliche Entwicklung, die ebenfalls gruppenunabhängig beobachtet wurde und damit nicht eindeutig dem PEPP-Entgeltsystem zuzurechnen war.

Auch wenn die Einführung des PEPP-Entgeltsystems bislang weder verpflichtend noch budgetwirksam war, zeigt sich, dass Krankenhäuser bereits im Vorfeld der verpflichtenden Einführung die Kodierung der entsprechenden Fälle sukzessive verbessern. So sind das Verhältnis der Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung und die Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen im Beobachtungszeitraum gefallen. Der Anteil der Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen ist hingegen deutlich angestiegen. Da dieser Anstieg in der Zahl der Nebendiagnosen wahrscheinlich nicht auf Änderungen in der Prävalenz von Begleiterkrankungen zurückgeht, liegt es nahe, dass der Anstieg auf eine Veränderung des Kodierverhaltens, d. h. auf eine ausführlichere Kodierung, zurückzuführen ist.

Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems zieht Veränderungen in den Strukturen von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen nach sich. Diese schlagen sich in den Abrechnungsprozessen nieder, die sich u. a. auf den IT-Bereich (neue Soft- und ggf. Hardwaresysteme), die Personalausstattung (zusätzliche Mitarbeiter zur Abrechnung psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer stationärer Leistungen) und deren Schulung im Umgang mit den sich verändernden Abrechnungsregeln auswirken. Auf der Seite der Krankenkassen und der Krankenhäuser steigt durch die Einführung von PEPP der Aufwand durch Einzelfallprüfungen (Rechnungsprüfungen, Prüfung von als auffällig klassifizierten Fällen) und den damit einhergehenden Korrekturen und Klageverfahren.

Der erste Forschungszyklus umfasst einen Zeitraum, in dem stationäre psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen erste Erfahrungen mit der Abrechnung von PEPP-Fällen sammeln konnten. Die Ergebnisse suggerieren, dass vor allem technische und administrative Umstellungen während dieser Zeit im Fokus gestanden haben, während der Anpassungsdruck in anderen Bereichen durch die „schleichende“ Einführung sowie durch regulatorische Maßnahmen zur Abschwächung von Umstellungseffekten relativ gering ausfiel. Im kommenden, zweiten Forschungszyklus – dieser umfasst die Datenjahre bis einschließlich 2018 – wird ein Vergleich der Indikatoren aus den zeitlichen Abschnitten *vor* (Jahre 2011 und 2012) und *während* der freiwilligen Einführung (Jahre 2013 bis 2017) mit den Indikatoren aus dem ersten Jahr *nach* der verpflichtenden, budgetneutralen Einführung (Jahr 2018) im Zentrum der Analysestrategie stehen und voraussichtlich zu weiteren Erkenntnissen führen.

Literaturverzeichnis

[1] Daron Acemoglu und Amy Finkelstein. Input and technology choices in regulated industries: evidence from the health care sector. *Journal of Political Economy*, 116 (5):837–880, 2008.

[2] Angelo Barbato, Martine Vallarino, Filippo Rapisarda, Antonio Lora und José Miguel Caldas de Almeida. Access to mental health care in Europe, 2016.

[3] Pedro Barros und Gisele Braun. Upcoding in a national health service: the evidence from portugal. *Health Economics*, 26(5):600–618, 2017.

[4] Matthias Bäuml, Mathias Kifmann und Christian Kümpel. Entwicklung des Krankenhausmarktes. *Wirtschaftsdienst*, 96(12):932–934, 2016.

[5] Paolo Berta, Giuditta Callea, Gianmaria Martini und Giorgio Vittadini. The effects of upcoding, cream skimming and readmissions on the italian hospitals efficiency: a population-based investigation. *Economic Modelling*, 27(4):812–821, 2010.

[6] Henrike Bruns und Tanja Henking. Unterbringungen und Zwangsbehandlungen in Zahlen. In Tanja Henking und Jochen Vollmann, editors, *Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2015.

[7] Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen - Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2016.

[8] Statistisches Bundesamt. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung: Krankenhäuser, 2017. URL https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/GDKrankenhaeuserJahreOhne100000.html;jsessionid=34AE6992824958BA3410026BB52D16B2.InternetLive2.

[9] Bundesamt für Justiz. Betreuung, 2017. URL https://www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/Buergerdienste/Justizstatistik/Betreuung/Betreuung_node.html.

[10] Bundesamt für Justiz. Betreuungsverfahren - Zusammenstellung der Bundesergebnisse für die Jahre 1992 bis 2015, 2017. URL https://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Betreuungsverfahren.pdf?__blob=publicationFile&v=12.

[11] Bundesamt für Justiz. Zusammenstellung der Geschäftsübersichten der Amtsgerichte für die Jahre 1995 bis 2015, 2017. URL https://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Geschaeftsentwicklung_Amtsgerichte.pdf?__blob=publicationFile&v=12.

[12] Bundespsychotherapeutenkammer. BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement, 2015. URL https://www.bptk.de/uploads/media/20150305_bptk_au-studie_2015_psychische-erkrankungen_und_krankengeldmanagement.pdf.

[13] Bundestag. Drucksache 18/11619. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Corinna Rüffer, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 18/11259 - Die Ausübung von Zwang in psychiatrischen Einrichtungen, 2017.

[14] Jose Miguel Caldas und H Killaspy. Long-term mental health care for people with severe mental disorders, 2011.

[15] Grace M. Carter, Joseph P. Newhouse und Daniel A. Relles. How much change in the case mix index is drg creep? *Journal of Health Economics*, 9(4):411–428, 1990.

[16] Leighton Chan und Marcia Ciol. Medicare's payment system: its effect on discharges to skilled nursing facilities from rehabilitation hospitals. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81:715–719, 2000.

[17] David M. Cutler. The incidence of adverse medical outcomes under prospective payments. *Econometrica*, 63(1):29–50, 1995.

[18] Leemore S. Dafny. How do hospitals respond to price changes? *American Economic Review*, 95(5):1525–1547, 2005.

[19] Simone Dahrouge, William Hogg, Natalie Ward, Meltem Tuna, Rose Anne Devlin, Elizabeth Kristjansson, Peter Tugwell und Kevin Pottie. Delivery of primary health care to persons who are socio-economically disadvantaged: does the organizational delivery model matter? *BMC Health Services Research*, 13:517, 2013.

[20] Karen Davis, Stephen C. Schoenbaum und Anne-Marie Audet. A 2020 vision of patient-centered primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(10):953–957, 2005.

[21] Lois M. Davis, Kenneth B. Wells, William H. Rogers, Bernadette Benjamin, Grayson Norquist, Katherine L. Kahn, Jaqueline Kosecoff und Robert H. Brook. Effects of Medicare's prospective payment system on service use by depressed elderly inpatients. *Psychiatric Services*, 46(11):1178–1184, 1995.

[22] DIMDI. Wie wird mit der ICD-10-GM kodiert?, 2014. URL https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/anwendung/beispiel.htm.

[23] Justin B. Dimick und Andrew M. Ryan. Methods for Evaluating Changes in Health Care Policy: The Difference-in-Differences Approach. *JAMA*, 312(22):2401–2402, 2014.

[24] Deborah Dobrez, Allen W. Heinemann, Anne Deutsch, Larry Manheim und Trudy Mallinson. Impact of Medicare's prospective payment system for inpatient rehabilitation facilities on stroke patient outcomes. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 89:198–204, 2010.

[25] Avedis Donabedian. *Aspects of medi al care administration*. Harvard University Press, Cambridge, 1974.

[26] Avedis Donabedian. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, 260(12):1743–1748, 1988.

[27] Damien Echevin und Bernard Fortin. Physician payment mechanisms, hospital length of stay and risk of readmission: evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics*, 36:112–124, 2014.

[28] Eurostat. Krankenhausbetten für psychiatrische Pflege. 2018. URL http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=tps00047&plugin=1.

[29] Wolfgang Gaebel, Hermann Spießl und Thomas Becker. *Routinedaten in der Psychiatrie: sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung*. Steinkopff-Verlag Heidelberg, 2009.

[30] Chen Gao, Fei Xu und Gordon G. Liu. Payment reform and changes in health care in China. *Social Science & Medicine*, 111:10–16, 2014.

[31] F. Godemann, I. Hauth, A. Richert und R. Berton. Merkmale einer regionalen Pflichtversorgung in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 3(86):367–372, 2015.

[32] Alan F. Greenwald und Leo H. Bartemeier. Psychiatric discharges against medical advice. *Archives of General Psychiatry*, 8(2):117–119, 1963.

[33] Dominic Hodgkin und Thomas G. McGuire. Payment levels and hospital response to prospective payment. *Journal of Health Economics*, 13(1):1–29, 1994. URL http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0167629694900027.

[34] Frédérique Hoffmann, Frank Andersohn, Klaus Giersiepen, Elke Scharnetzky und Edeltraut Garbe. Validierung von Sekundärdaten. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 51(10):1118–1126, 2008.

[35] Paul W. Holland. Statistics and Causal Inference. *Journal of the American Statistical Association*, 81(396):945–960, 1986.

[36] William C. Hsiao und Daniel L. Dunn. The impact of DRG payment on New Jersey hospitals. *Inquiry*, 24:212–220, 1987.

[37] Guido W Imbens und Jeffrey M Wooldridge. Recent Developments in the Econometrics of Program Evaluation. *Journal of Economic Literature*, 47(1):5–86, 2009.

[38] Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. *Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych)*. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Siegburg, 2017.

[39] Hendrik Juerges und Juliane Koeberlein. What explains drg upcoding in neonatology? the roles of financial incentives and infant health. *Journal of Health Economics*, 43: 13–26, 2015.

[40] Robert Koch-Institut. Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, 2015. URL https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile.

[41] Daniel Z. Louis, Elaine J. Yuen, Marta Braga, Americo Cicchetti, Carol Rabinowitz, Christine Laine und Joseph S. Gonnella. Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy. *Health Services Research*, 34:405–415, 1999.

[42] Kenneth G. Manton, Max A. Woodbury, James C. Vertrees und Patrick J. E. Stallard. Use of Medicare services before and after introduction of the prospective payment system. *Health Services Research*, 28:269–292, 1993.

[43] Michael Millman. *Access to Health Care in America*. The National Academies Press, Washington, DC, 1993.

[44] Elizabeth Muggah, William Hogg, Simone Dahrouge, Grant Russell, Elizabeth Kristjansson, Laura Muldoon und Rose Anne Devlin. Patient-reported access to primary care in Ontario: effect of organizational characteristics. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 60:e24–31, 2014.

[45] Anne Neumann, Enno Swart, Dennis Häckl, Roman Kliemt, Stefanie March, Denise Küster, Katrin Arnold, Thomas Petzold, Fabian Baum, Martin Seifert, Jessika Weiß, Andrea Pfennig und Jochen Schmitt. The influence of cross-sectoral treatment models on patients with mental disorders in germany: study protocol of a nationwide long-term evaluation study (eva64). *BMC Psychiatry*, 18(1):139, 2018.

[46] Edward C. Norton, Courtney Harold Van Houtven, Richard C. Lindrooth, Sharon-Lise T. Normand und Barbara Dickey. Does prospective payment reduce inpatient length of stay? *Health Economics*, 11(5):377–387, 2002.

[47] Kenneth P. Pages, Joan E. Russo, Dane K. Wingerson, Richard K. Ries, Peter P. Roy-Byrne und Deborah S. Cowley. Predictors and Outcome of Discharge Against Medical Advice From the Psychiatric Units of a General Hospital. *Psychiatric Services*, 49 (9):1187–1192, 1998.

[48] Xufeng Qian, Louise B. Russell, Elmira Valiyeva und Jane E. Miller. 'Quicker and sicker' under Medicare's prospective payment system for hospitals: new evidence on an old issue from a national longitudinal survey. *Bulletin of Economic Research*, 63: 1–27, 2011.

[49] Donald B Rubin. Estimating causal effects of treatments in randomized and nonrandomized studies. *Journal of Educational Psychology*, 66(5):688, 1974.

[50] Donald B Rubin. Causal Inference Using Potential Outcomes. *dburn of the American Statistical Association*, 100(469):322–331, 2005.

[51] Richard Saitz. Discharges against medical advice: Time to address the causes. *Canadian Medical Association Journal*, 167(6):647–648, 2002.

[52] H. J. Salize, A. Spengler und H. Dressing. *Routinedaten in der Dokumentation unfreiwilliger Unterbringungs-und Behandlungsmaßnahmen*, pages 7–16. Steinkopff, 2009.

[53] David S. Salkever, Donald M. Steinwachs und Agnes Rupp. Hospital Cost and Efficiency Under Per Service and Per Case Payment in Maryland: A Tale of the

Carrot and the Stick. *Inquiry*, 23(1):56–66, 1986. ISSN 0046-9580. URL http://www.jstor.org/stable/29771759.

[54] Richard M. Scheffler, Dolores G. Clement, Sophia Sullivan, Teh-Wei Hu und Heidi Y. Sung. The hospital response to Medicare's prospective payment system: an econometric model of Blue Cross and Blue Shield plans. *Medical Care*, 32:471–485, 1994.

[55] Rainer Schnell, Paul B Hill und Elke Esser. *Methoden der empirischen Sozialforschung*. R. Oldenbourg, 2008.

[56] Jonas Schreyögg, Matthias Bäuml, Jonas Krämer, Tilmann Dette, Reinhard Busse und Alexander Geissler. *Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG*. URL http://www.dkgev.de/media/file/17192.2014-07-10%20Anlage%20Forschungsbericht-zur-Mengenentwicklung%20FIN.pdf.

[57] Philipp Schuetz, Werner C. Albrich, Isabelle Suter, Balthasar L. Hug, Mirjam Christ-Crain, Thomas Holler, Christoph Henzen, Martin Krause, Ronald Schoenenberger, Werner Zimmerli und Beat Mueller. Quality of care delivered by fee-for-service and DRG hospitals in Switzerland in patients with community-acquired pneumonia. *Swiss Medical Weekly*, 141:13228, 2011.

[58] Lisbeth Serden, Rikard Lindqvist und Mans Rosen. Have DRG-based prospective payment systems influenced the number of secondary diagnoses in health care administrative data? *Health Policy*, 65(2):101–107, 2003.

[59] Elaine Silverman und Jonathan Skinner. Medicare upcoding and hospital ownership. *Journal of Health Economics*, 23(2):369–389, 2004.

[60] Dennis B. Smith und Robert Pickard. Evaluation of the impact of Medicare and Medicaid prospective payment on utilization of Philadelphia area hospitals. *Health Services Research*, 21:529–546, 1986.

[61] Neeraj Sood, Melinda Beeuwkes Buntin und José J. Escarce. Does how much and how you pay matter? Evidence from the inpatient rehabilitation care prospective payment system. *Journal of Health Economics*, 27(4):1046–1059, 2008.

[62] Leah S. Steele, Anna Durbin, Elizabeth Lin, J. Charles Victor, Julie Klein-Geltink, Richard H. Glazier, Brandon Zagorski und Alexander Kopp. Primary care reform and service use by people with serious mental illness in Ontario. *Healthcare Policy*, 10:31–45, 2014.

[63] Enno Swart, Peter Ihle, Holger Gothe und David Matusiewicz. *Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern, 2014.

[64] Ingeborg Warnke, Wulf Rossler, Carlos Nordt und Uwe Herwig. Assessing a financial incentive for reducing length of stay of psychiatric inpatients: implications for financing psychiatric services. *Swiss Medical Weekly*, 144:w13991, 2014.

[65] Kenneth B. Wells, William H. Rogers, Lianne M. Davis, Katherine L. Kahn, G. Norquist, Emmet B. Keeler, Jaqueline Kosecoff und Robert H. Brook. Quality of care for hospitalized depressed elderly patients before and after implementation of the Medicare prospective payment system. *The American Journal of Psychiatry*, 150: 1799–1805, 1993.

[66] Yu-Ping Wen und Shiow-Ying Wen. Do closed-system hospitals shift care under case payment? Early experiences comparing five surgeries in Taiwan. *Chang Gung medical journal*, 31:91–101, 2008.

[67] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018 Drucksache 19/3180, Deutscher Bundestag, 2018.

Anhang

A. Erhebung Primärdaten

A.1. Befragung stationärer Einrichtungen

A.1.1. Fragebogen

BQS
INSTITUT FÜR QUALITÄT
& PATIENTENSICHERHEIT

Begleitforschung Psychiatrie

Fragebogen

zur Krankenhausbefragung

zum 1. Forschungszyklus

0935144422

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Instruktion

Im Rahmen der Begleitforschung zu den Auswirkungen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Abs. 8 KHG wenden wir uns mit der Bitte an Sie, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen.

Bei dieser Befragung stellen wir Fragen zu unterschiedlichen Themen, die i.d.R. nur von Mitarbeitern unterschiedlicher Bereiche in Ihrem Krankenhaus beantwortet werden können. Der Fragebogen ist daher so angelegt, dass er geteilt werden kann, damit er von den unterschiedlichen betroffenen Stellen in Ihrem Haus bearbeitet werden kann. In der Grundstruktur gliedert er sich in Teil A (Verwaltung) und Teil B (patientennahe Bereiche).

A) Verwaltung: Basisfragen; Fragen zur Personalausstattung, zu Investitionen, zur I T-Ausstattung und zu den MDK-Prüfungen

B) Patientennahe Bereiche: Fragen zum Leistungsspektrum, zu Prozessen und zum Versorgungsumfeld

Sollten Sie in Ihrer Einrichtung sowohl Erwachsenenpsychiatrische / psychosomatische als auch Kinder- und Jugendpsychiatrische Leistungen anbieten, so füllen Sie den Fragebogenteil B) bitte für beide Bereiche getrennt aus.

Der Fragebogen wird sowohl psychiatrischen Fachkliniken als auch somatischen Kliniken mit psychiatrischen Fachabteilungen vorgelegt. Die Fragen beziehen sich auf den Teil bzw. die Teile Ihrer Einrichtung, in der psychiatrische bzw. psychosomatische Leistungen erbracht werden. Allgemeine Fragen, die sich in jedem Fall auf die gesamte Klinik beziehen, verwenden die Formulierung „in Ihrem Haus“.

Die Fragen beziehen sich auf psychiatrische und psychosomatische Behandlungen ohne forensische Behandlungen. Sie sind nicht Gegenstand der Befragung.

Die Fragen beziehen sich an den meisten Stellen auf die Jahre 2013, 2014 und 2015. Tragen Sie bitte für jedes der drei Jahre Ihre Angaben ein.

Bei anzukreuzenden Antworten handelt es sich um Alternativangaben. Falls Mehrfachantworten möglich sind, wird darauf gesondert hingewiesen.

Auch wenn Ihre Einrichtung bis 2015 nicht optiert hat, sind Ihre Angaben für die Begleitforschung wichtig, um sie mit den Angaben der Optionshäuser vergleichen zu können.

Füllen Sie den Fragebogen bzw. den Ihnen vorgelegten Fragebogenteil bitte vollständig aus und übergeben ihn dann dem die Befragung in Ihrer Einrichtung koordinierenden Mitarbeiter.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte ebenfalls an den koordinierenden Mitarbeiter in Ihrer Einrichtung.

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

A Fragen an die Verwaltung

Basisfragen

1. Um welche Art von Einrichtung handelt es sich?

☐ Psychiatrische oder psychosomatische Klinik ☐ Psychiatrische oder psychosomatische Fachabteilung

2. I st Ihr Haus Teil einer Unternehmensgruppe mit zentralen Diensten, z.B Finanzen, IT, Controlling? ☐ nein ☐ ja

3. Welche Fachrichtungen bedienen Sie? (**Mehrfachnennung möglich**)

☐ Allgemeine Psychiatrie ☐ Suchterkrankungen

☐ Gerontopsychiatrie ☐ Kinder- und Jugendpsychiatrie

☐ Psychosomatik/Psychotherapie ☐ sonstige: _____

4. W ird in Ihrem Haus eine psychiatrische Institutsambulanz (PIA) betrieben? ☐ nein ☐ ja

5. Nahmen Sie in den Jahren 2013-2015 an Modellprojekten teil? ☐ nein ☐ ja

Wenn **ja** ,welche n? _____

	2013	2014	2015
6. Bettenanzahlen (laut Bettenplan)_____	___	___	___
6.1 da von im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie_	___	___	___
7. Anza hl vollstationärer Fälle pro Jahr_____	___	___	___
7.1 da von im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie_	___	___	___
8. Anza hl teilstationärer Fälle pro Jahr_____	___	___	___
9. Bere chnungstage_____	___	___	___
9.1 da von im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie_	___	___	___
10. Summe der Bewertungsrelationen_____	___	___	___
10.1 davon im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie_	___	___	___
11. Region aler Pflichtversorger_____	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

12. Altersdu rchschnitt der Patienten (ohne Kinder- und Jugend psychiatrie (Durchschnitt aus den § 21-Daten) ___ ___ ___

13. Ist Ihr Haus Teil einer Unternehmensgruppe mit zentralen Diensten, z.B Finanzen, IT, Controlling?__ ☐ nein ☐ ja, 2014 ☐ ja, 2013 ☐ ja, 2015

14. Sind Sie im Zeitraum von 2013 bis 2015 auf das neue Entgeltsystem PEPP umgestiegen?_____ ☐ nein ☐ ja

Wenn**ja** ,.

14 .1 wann haben Sie die Vorbereitung auf den Umstieg auf das PEPP-Entgeltsystem gestartet? ___ Monat ___ Jahr

14.2 wann sind sie umge stiegen_____ ___ Monat ___ Jahr

15. In welchem Bundesland befindet sich Ihr Haus? _____

16. Wurde in Ihrem Haus ein QM-System eingeführt? (ISO, KTQ, …)_____ ☐ nein ☐ ja

16 .1 Wenn**ja** ,wann? _____ ___

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zur Personalausstattung und -qualifikation

Erläuterung:
Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems könnte für einzelne Einrichtungen oder Abteilungen mit Änderungen in der Personalausstattung und dem Qualifikationsprofil verbunden sein. Mit den nachfolgenden Fragen soll ermittelt werden, ob zwischen Kliniken, die umgestellt haben und denen, die nicht umgestellt haben Unterschiede zu beobachten sind.
(Angabe in Vollzeitäquivalenten/Vollkräften;
Mehrfachangaben möglich bei vorliegenden Mehrfachqualifikationen)

	2013	2014	2015
17. Wie viele Personen waren nach Berufsgruppen getrennt in Ihrer Einrichtung (Klinik bzw. Fachabteilung stationär, teilstationär, exklusive PIA) in den Jahren 2013-2015 beschäftigt?			
17.1 Ärzte			
Wie viele davon waren ...			
17.1.1 Ärzte mit Facharztstatus?			
17.1.1.1 davon Fachärzte Psychiatrie?			
17.1.1.2 davon mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation?			
17.1.2 Ärzte ohne Facharztstatus? (Ärzte in Weiterbildung)			
17.2 Diplom-Psychologen (ohne Kinder- und Jugendpsychotherapeuten)			
17.2.1 davon Psychologische Psychotherapeuten (Master oder Diplom)			
17.2.2 davon Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung			
17.2.3 davon Diplom-Psychologen ohne psychotherapeutische Zusatzausbildung			
17.3 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten			
17.3.1 davon Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Ausbildung			
17.4 Sozialpädagogen und äquivalente Studienabschlüsse			
17.5 Therapeuten (Ergo-, Kunst-, Musik-			
17.6 Sozialarbeiter			
17.7 Krankenpflegepersonal			
17.7.1 davon mit Weiterbildung psychiatrische Pflege?			
17.7.2 davon mit Weiterbildung Pflege bei Demenz?			

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

	2013	2014	2015
17.8 - Verwaltungsmitarbeiter _____			
17.8.1 - davon Finanzen (u.a. kaufmännische Controlling, Finanzbuchhaltung, Patientenmanagement) __			
17.8.2 - davon Personal _____			
17.8.3 - Info _____			
17.8.4 - Medizin-Controller _____			
18. Wurden in den Jahren 2013-2015 Mitarbeiter in den folgenden „neuen" Berufsfeldern beschäftigt? Wenn ja, wie viele …			
18.1 - Kodierfachkräfte _____			
18.2 - MedizinischeDokumentare _____			
18.3 - Dokumentationsassistenten _____			
18.4 - StationssekretärInnen / StationsassistentInnen _____			
18.5 - Fallmanager inkl. Entlass- und Überleitungsmanagement (über den Sozialdienst hinaus) _____			
18.6 - Mitarbeiter Logistik / Materialwirtschaft / Service zur Entlastung der Pflege _____			

Wurden in den Jahren 2013-2015 Mitarbeiter in den weiteren „neuen" Berufsfeldern beschäftigt? Wenn ja, in welchen Berufsfeldern und wie viele?	2013	2014	2015
18.7 _____			
_____			

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zur Entwicklungen im Verwaltungsbereich

19. Wurden in Ihrem Haus in den Jahren 2013-2015 Bereiche outgesourced?
(Mehr fachnennungen möglich)

Wenn sonstige, welche?

_____

_____

- ☐ Essenversorgung
- ☐ Reinigung
- ☐ Haustechnik
- ☐ IT
- ☐ Controlling
- ☐ FiBu
- ☐ sonstige

20. Hat es in den Jahren 2013 -2015 weitere wesentlicheEntwicklungen im nicht-medizinischen Bereich in Bezug auf die Abläufe und Steuerungsinstrumente gegeben?

(z.B. monatliches Berichtswesen mit Soll-Vorgaben,leistungsbezogene Vergütungssysteme, Kostenträgerrechnung, Bildung neuer Serviceeinheiten,...)

Wenn ja, dann bitten wir Sie, nachfolgend bis zu drei Veränderungen in Bezug auf die **Steuerungsinstrumente** zu benennen.

☐ nein ☐ ja

20.1.1 Bezeichnung der Veränderung: _____

20.1.2 In welchem Jahr wurde die Veränderung realisiert? in ☐☐☐☐

20.1.3 In welchem Bereich wurde die Veränderung realisiert? _____

20.1.4 Steht die Veränderung im Zusammenhang mit der Umstellung des Entgeltsystems? ☐ nein ☐ teils, teils ☐ ja

20.1.5 Wenn „teils, teils“ oder „ja“: Wenn möglich, bitte näher erläutern. _____

_____

20.2.1 Bezeichnung der Veränderung: _____

20.2.2 In welchem Jahr wurde die Veränderung realisiert? in ☐☐☐☐

20.2.3 In welchem Bereich wurde die Veränderung realisiert? _____

20.2.4 Steht die Veränderung im Zusammenhang mit der Umstellung des Entgeltsystems? ☐ nein ☐ teils, teils ☐ ja

20.2.5 Wenn „teils, teils“ oder „ja“: Wenn möglich, bitte näher erläutern. _____

_____

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

20.3.1 Bezeichnung der Veränderung: _____

20.3.2 In welchem Jahr wurde die Veränderung realisiert? in ☐☐☐☐

20.3.3 In welchem Bereich wurde die Veränderung realisiert? _____

20.3.4 Steht die Veränderung im Zusammenhang mit der Umstellung des Entgeltsystems? ☐ nein ☐ teils, teils ☐ ja

20.3.5 Wenn „teils, teils“ oder „ja“: Wenn möglich, bitte näher erläutern. _____

_____

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zu Investitionen

Erläuterung:
Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems könnte für einzelne Einrichtungen oder einzelne Abteilungen mit Änderungen bei der Investitionstätigkeit verbunden sein. Mit den nachfolgenden Fragen soll dieser Aspekt der Umstellung auf das PEPP-Entgeltsystem beleuchtet werden.

21. Welche Investitionen wurden in Ihrer Einrichtung in den Jahren 2013, 2014 und 2015 in folgenden Bereichen mit welchen Volumina getätigt? Bitte geben Sie die Beträge gerundet in tausend Euro an.

	2013	2014	2015
21.1 Gebäude_____	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)
21.1.1 Neubauten_____	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)
21.1.2 Um- und Erweiterungsbauten_	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)
21.2 Medizintechnik_____	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)
21.3 IT-Software_____	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)
21.4 IT-Hardware_____	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)

21.5 Gab es sonstige Investitionen ☐ nein ☐ ja

21.6 Wenn **sonstige Investitionen**:
In welchem Bereich wurden weitere Investitionen vorgenommen? _____

	2013	2014	2015
21.7 In welchem Umfang wurde in diesem Bereich investiert? (Angaben in tausend Euro)__	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

22 .Falls Sie PEPP eingeführt habe n:

In w elchem Umfang wurden in den Jahren 2013, 2014 und 2015 Ausgaben für externe Dienstleistungen speziell für PEPP (in tausend Euro) getätigt?

	2013	2014	2015
22.1 Beratung vor der PEPP-Einführung _	___ € TSD	___ € TSD	___ € TSD
22.2 Beratung zur PEPP-Einführung ____	___ € TSD	___ € TSD	___ € TSD
22.3 Beratung für den laufenden Betrieb von PEPP_____	___ € TSD	___ € TSD	___ € TSD
22.4 Externe Kosten für Schulungen zur PEPP-Einführung_____	___ € TSD	___ € TSD	___ € TSD
22.5 Externe Kosten für regelmäßige Schulungen zum Betrieb des PEPP-Entgeltsystems_____	___ € TSD	___ € TSD	___ € TSD
22.6 eitere Dienstleistungen_____	☐ nein	☐ ja	
22.7 Wenn weitere Dienstleistungen: In welchem Bereich wurden weitere Investitionen vorgenommen?	_____		
22.8 In welchem Umfang wurde in diesem Bereich investiert? (Angaben in tausend Euro)___	__.___ € Mio. TSD	__.___ € Mio. TSD	__.___ € Mio. TSD

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zur Personellen Ausstattung

Erläuterung:
Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems könnte für einzelne Einrichtungen oder Abteilungen mit Änderungen bei der Personalausstattung im Vergleich zum nach Psych-PV vereinbarten Personalbedarf verbunden sein. Mit den nachfolgenden Fragen soll dieser Aspekt der Umstellung auf das PEPP-Entgeltsystem betrachtet werden.

Abweichend von der sonstigen Abfragesystematik werden hier nur die Verhältnisse betrachtet, wie Sie vor bzw. zu Beginn der PEPP-Einführung (im Jahr 2013) und nach abgeschlossener PEPP-Einführung bestanden. Heute fragen wir nach dem Jahr 2013.

Wenn Ihnen für das Jahr 2013 keine exakten Zahlen vorliegen, dann tragen Sie bitte Schätzungen ein. Sollten Sie hierzu keine Angaben machen wollen, überspringen Sie den Bereich bitte und fahren bei den Fragen zur IT fort.

23. In wie weit waren die einzelnen Berufsgruppen in Ihrer Fachabteilung / Einrichtung entsprechend dem nach Psych -PV vereinbarter Personalbedarf **im Jahr 2013** besetzt?

	nach Psych-PV vereinbarter Personalbedarf in Vollzeitäquivalenten	besetzte Stellen (im Jahresdurchschnitt)
23.1 Ärzte _____	___	___
23.2 Krankenpflegepersonal _____	___	___
23.3 Diplom-Psychologen _____	___	___
23.4 Ergotherapeuten _____	___	___
23.5 Bewegungstherapeuten /Krankengymnasten / Physiotherapeuten _____	___	___
23.6 So zialarbeiter / Sozialpädagogen _____	___	___
23.7 Sp rachheiltherapeuten, Logopäden (KJP) _____	___	___

24. In wie weit waren die einzelnen Berufsgruppen in Ihrer Facha bteilung / Einrichtung entsprechend dem nach Psych-PV verein barten Personalbedarf **im Jahr 2013** ausfina nziert?

	in %
24.1 Ärzte _____	___
24.2 Krankenpflegepersonal _____	___
24.3 Diplom-Psychologen _____	___
24.4 Ergotherapeuten _____	___
24.5 Bewegungstherapeuten /Krankengymnasten / Physiotherapeuten _____	___
24.6 So zialarbeiter / Sozialpädagogen _____	___
24.7 Sp rachheiltherapeuten, Logopäden (KJP) _____	___

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zur IT-Ausstattung

Erläuterung:
Das PEPP-Entgeltsystem macht eine Umstellung der IT zur Abrechnung der behandelten Fälle erforderlich. Mit den folgenden Fragen sollen diese Aufwände transparent gemacht werden.
Bitte nur ausfüllen, wenn im Betrachtungszeitraum das PEPP-Entgeltsystem eingeführt wurde oder mit der Einführung begonnen wurde. Ansonsten bitte weiter auf der nächsten Seite.

2 5. Wie war in den Jahren 2013, 2014 und 2015 die I T-Infrastruktur in Ihrer psychiatrische Einrichtung für PEPP aufgestellt?	**2013**	**2014**	**2015**
25.1 Anzahl PC-Arbeitsplätze_____	___	___	___
25.2 Anzahl User (Benutzeraccounts) für den laufenden Betrieb_____	___	___	___
25.3 Persistierender Speicher in **Terabyte** (1000 Gigabyte = 1 Terabyte)_____	____	____	____
25.4 Anzahl der betriebenen Serversysteme im Bereich Psych_____	___	___	___

2 6. Welche Software wurde in den Jahren 2013, 2014 und 2015 in Ihrer psychiatrischen Einrichtung für PEPP betriebe n?	**2013**	**2014**	**2015**
26.1 KIS-System_____	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
26.2 e lektronische Patientenakte_____	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
26.3 PEPP-Grouper_____	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
26.4 Kodiersoftware_____	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
26.5 An zahl weiterer PEPP-Applikationen_____	___	___	___

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zu den MDK-Prüfungen

Erläuterung:
Das PEPP-Entgeltsystem bietet durch die differenzierte Dokumentation der behandelten Fälle mehr Möglichkeiten zur Überprüfung an als die Abrechnung mit tagesgleichen Pflegesätzen. Mit den nachfolgenden Fragen soll das MDK-Prüfungsgeschehen für beide Vergütungssysteme getrennt erfasst werden.
Wenn Ihr System keine differenzierten Angaben ausgibt, dann geben Sie bitte Schätzungen an.

27 . Wie viele nach dem PEPP-Entgeltsystem abgerechnete Fälle gab es in den Jahren 2013, 2014 und 2015 insgesamt und wie viele davon wurden einer Einzelfallprüfung durch den MDK unterzogen?
(Fälle nach Aufnahmedatum den Jahren zuordnen)

	2013	2014	2015
27.1 Anz ahl mit PEPP abgerechneter Fälle insgesamt_____			
27 .1.1 davon mit Einzelfallprüfung_____			
27.1.1.1 davon mit Korrektur der Bewertungsrelationen			
27.1.1.2 davon mit Korrektur der Verweildauer inkl. primäre Fehlbelegung_____			
27.1.1.3 davon mit Streichung von Zusatzentgelten_____			
27.1.1.4 davon mit Streichung ergänzender Tagesentgelte			
27 .1.2 davon mit Einzelfallprüfung_____			
27 .1.3 davon mit Einzelfallprüfung_____			

28 . Wie viele nach tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnete Fälle gab es in den Jahren 2013, 2014 und 2015 insgesamt und wie viele davon wurden einer Einzelfallprüfung durch den MDK unterzogen?

	2013	2014	2015
Anza hl mit PEPP abgerechneter Fälle insgesamt_____			
28 .1 davon mit Einzelfallprüfung_____			
27.1.1 davon mit Korrektur der Verweildauer_____			
28.2 davon mit Einzelfallprüfung_____			
28.3 davon mit Einzelfallprüfung_____			

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Abschlussfragen z um Teil A

9 . Welche Aspekte des PEPP-Entgeltsystems sahen Sie im Verwaltungsbereich in dem Zeitraum von 2013-2015 als problematisch an?

10 . Welche Aspekte des PEPP-Entgeltsystems sahen Sie im Verwaltungsbereich in dem Zeitraum von 2013-2015 als vorteilhaft für Ihre Einrichtung an?

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

B) Fragen an den patientennahen Bereich

Bitte kreuzen Sie an, für welchen Bereich Sie den Bogen B) ausfüllen. **Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der Bogen B) bitte gesondert auszufüllen**

- ☐ Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik
- ☐ Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ☐ Trifft nicht zu

Die Teilung des Bogens wird erst am Ende der Erstellung vorgenommen um nicht dreifach nachpflegen zu müssen.

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zum Leistungsspektrum

Erläuterung:
Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems könnte u.a. zu Veränderungen im Behandlungsangebot geführt haben. Daher werden mit den folgenden Fragen ggf. erfolgte Änderungen im Behandlungsangebot Ihrer Einrichtung oder Abteilung abgefragt.

Neue Einzeltherapien / neue Schwerpunkte

	2013	2014	2015
31. Haben Sie im Zeitraum von 2013-2015 neue einzeltherapeutische Verfahren / neue Schwerpunkte eingeführt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Welche neu en Verfahren / Schwerpunkte haben Sie eingeführt?

31.1.1 Name des neuen Verfahrens / Schwerpunktes _____

31.1.2 Kurze Beschreibung des Verfahrens /Schwerpunktes _____

_____

31.1.3 Wann wurde es eingeführt? _____ |_|_|_|_|

31.1.4 Anzahl damit behandelter Fälle pro Jahr _____ |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

31.1.5 Wurden dafür andere Verfahren / Schwerpunkte eingestellt / reduziert? _____ ☐ nein ☐ reduziert ☐ eingestellt

---

31.2.1 Name des neuen Verfahrens / Schwerpunktes _____

31.2.2 Kurze Beschreibung des Verfahrens / Schwerpunktes _____

_____

31.2.3 Wann wurde es eingeführt? _____ |_|_|_|_|

31.2.4 Anzahl damit behandelter Fälle pro Jahr _____ |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

31.2.5 Wurden dafür andere Verfahren / Schwerpunkte eingestellt / reduziert? _____ ☐ nein ☐ reduziert ☐ eingestellt

---

31.3.1 Name des neuen Verfahrens / Schwerpunktes _____

31.3.2 Kurze Beschreibung des Verfahrens / Schwerpunktes _____

_____

31.3.3 Wann wurde es eingeführt? _____ |_|_|_|_|

31.3.4 Anzahl damit behandelter Fälle pro Jahr _____ |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

31.3.5 Wurden dafür andere Verfahren / Schwerpunkte eingestellt / reduziert? _____ ☐ nein ☐ reduziert ☐ eingestellt

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Neue Gruppentherapie

	2013	2014	2015
32. Haben Sie im Zeitraum von 2013-2015 neue gruppentherapeutische Verfahren eingeführt? (z.B. tiergestützte Therapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, ...)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

32.1 Anzahl neuer gruppentherapeutischer Verfahren_____ |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

Bitte beantworten Sie zudem die folgenden drei Fragenblöcke zu den drei am häufigsten durchgeführten neuen gruppentherapeutischen Verfahren.

32.1.1 Name des neuen gruppentherapeutischen Verfahrens _____

32.1.2 Kurze Beschreibung des eingestellten/reduzierten Verfahrens _____

_____

32.1.3 Wann haben Sie das neue Verfahren eingeführt?___ |_|_|_|_|

32.1.4 Anzahl damit behandelter Fälle pro Jahr_____ |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

32.1.5 Wurden dafür andere Verfahren / Schwerpunkte eingestellt / reduziert?_____ ☐ nein ☐ reduziert ☐ eingestellt

---

32.2.1 Name des neuen gruppentherapeutischen Verfahrens _____

32.2.2 Kurze Beschreibung des eingestellten/reduzierten Verfahrens _____

_____

32.2.3 Wann haben Sie das neue Verfahren eingeführt?___ |_|_|_|_|

32.2.4 Anzahl damit behandelter Fälle pro Jahr_____ |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

32.2.5 Wurden dafür andere Verfahren / Schwerpunkte eingestellt / reduziert?_____ ☐ nein ☐ reduziert ☐ eingestellt

---

32.3.1 Name des neuen gruppentherapeutischen Verfahrens _____

32.3.2 Kurze Beschreibung des eingestellten/reduzierten Verfahrens _____

_____

32.3.3 Wann haben Sie das neue Verfahren eingeführt?___ |_|_|_|_|

32.3.4 Anzahl damit behandelter Fälle pro Jahr_____ |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

32.3.5 Wurden dafür andere Verfahren / Schwerpunkte eingestellt / reduziert?_____ ☐ nein ☐ reduziert ☐ eingestellt

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zu den klinischen Abläufen

Erläuterung:
Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems könnte u.a. zu Veränderungen in den Krankenhausprozessen und –leistungen geführt haben. Daher werden mit den folgenden Fragen Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Behandlungsprozesse auf ihren Umsetzungsgrad abgefragt. Um den Aspekt der zeitlichen Entwicklung zu berücksichtigen, wird pro Betrachtungsjahr eine Einschätzung abgefragt.

Bitte bewerten Sie folgende Abläufe
☹ =nie; 😐 =gelegentlich; ☺ =i mmer

	2013			2014			2015		
	☹	😐	☺	☹	😐	☺	☹	😐	☺
33. Gibt es einen schriftlich dokumentierten Aufnahmeprozess?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☹	😐	☺	☹	😐	☺	☹	😐	☺
34. Wird der Aufnahmeprozess wie beschrieben umgesetzt?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Durchläufen die Patienten eine diagnostischeAufnahme?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Erhält jeder Patient einen Behandlungsplan?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37. Werden Patienten nach dafür definierten klinischenPfaden behandelt?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 7.1 Wenn ja: Für welche Diagnosen? _____									
	☹	😐	☺	☹	😐	☺	☹	😐	☺
38. Erfolgt eine Pfaddokumentation im Krankenhausinformationssystem (KIS)?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39. Gibt es eine digitale Patientenakte?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. Werden Fallmanager eingesetzt?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
41. Finden Fallkonferenzen statt?_____-____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
42. Werden diese dokumentiert?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43. Finden regelmäßige Teamsitzungen statt?___	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44. Werden diese immer dokumentiert?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45. Gib es strukturierte Verlaufskontrollen?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
46. Wird Bedarf an Patientensupervision systematisch erhoben?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47. Wird dieser Bedarf durch ausgebildete Supervisoren gedeckt?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

	2013			2014			2015		
48. Werden Patienten bei Bedarf durch Teams von psychiatrischen und somatischen Ärzten (auch konsiliarisch) versorgt?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
49. Sind die organisatorischen Abläufe dokumentiert?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
49a. Wird gehandelt?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
50. Ist die Weiterbehandlung der Patienten organisiert? (z.B. weiterbehandelnde Fachärzte und Pychotherapeuten, Sicherstellen der Medikamentenversorgung)_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
51. Werden Folgetermine mit Patienten bei Bedarf systematisch vereinbart?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
52. Wird bei jedem Patienten eine Entlasscheckliste / Entlassleitfaden angewendet?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zur Patient-Therapeut Beziehung und zur Ergebnisqualität

Bitte bewerten Sie folgende Aussagen.
=verbessert =leicht verbessert =unverändert = leicht verschlechter t =v erschlechtert

	2013	2014	2015
53. Hat sich die Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten gegenüber dem Vorjahr verändert?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

53.1 Bei Veränderungen:
Können Sie Gründe angeben, die zu der Veränderung geführt haben?

_____

_____

	2013	2014	2015
54. Hat sich der Behandlungserfolg bei den in Ihrer Einrichtung behandelten Patienten grundsätzlich verändert?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

54.1 Bei Veränderungen:
Können Sie Gründe angeben, die zu der Veränderung geführt haben?

_____

_____

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zum Entlassmanagement:

	2013	2014	2015
55. Haben Sie in den Jahren 2013, 2014 und 2015 Entlassmanagement nach §39 SGB V durchgeführt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wenn ja: Für wie vielen Patienten haben Sie in diesen Jahren folgende Leistungen bei Entlassung organisiert?_____	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐
55.1 Stationäre Anschlussheilbehandlung_____	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐
55.2 Ambulante Versorgungsformen_____	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐
55.3 Überleitungspflege_____	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐
55.4 unterstützte Beschäftigung bei Entlassung_____	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐
55.5 Andere_____	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐

	2013	2014	2015
56. In welchem Ausmaß hat sich der Aufwand der Mitarbeiter im medizinisch-pflegerischen Bereich durch das PEPP Entgeltsystem insgesamt verändert (alle Berufsgruppen)? (Schätzung der Änderung des A ufwandes in Std. pro Fall; Abnahme = "-" Zunahme = "+")	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐
Wenn es Ihnen möglich ist, dann geben Sie Ihre Schätzungen bitte auch getrennt nach Berufsgruppen an:			
56.1 Ärzte_____	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐
56.2 Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten, Diplom-Psychologenvereinbart?	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐
56.3 weitere Therapeuten_____	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐
56.4 Pflegepersonal_____	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐
56.5 Sozialdienste_____	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zum Versorgungsumfeld

Erläuterung:
Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems könnte u.a. zu Veränderungen in der Vernetzung und/oder Kooperation mit unterschiedlichen Leistungserbringern im Versorgungsumfeld geführt haben und werden im Folgenden hinterfragt:

57. Gibt es einen Gemeindepsychiatrischen Verbund in der Region?_____ ☐ nein ☐ ja

57.1 **Wenn ja**, seit wann?_____ |_|_|_|_|

57.2 **Wenn ja**, welche Bedeutung hat dieser für die psychiatrische Versorgung Ihrer Patienten in der Region?_____ ☐ wesentlich ☐ mittelmäßig ☐ kaum ☐ keine

58. Haben sich im Zeitraum 2013-2015 wesentliche neue Netzwerke gebildet oder bestehende Netzwerke wesentlich verändert?_____ ☐ nein ☐ ja

Wenn ja: Benennen Sie bitte in den folgenden Frageblöcken beispielhaft 1-3 Stück und beschreiben Sie diese.

58.1.1 Bezeichnung: _____

58.1.2 In welchem Jahr wurde die Veränderung realisiert? |_|_|_|_|

58.1.3 Kurze Beschreibung der Veränderung _____

_____

58.1.4 Relevanz für die Versorgung Ihrer Patienten____ ☐ wesentlich ☐ mittelmäßig ☐ kaum ☐ keine

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

58.2.1 Bezeichnung _____

58.2.2 In welchem Jahr wurde die Veränderung realisiert? ☐☐☐☐

58.2.3 Kurze Beschreibung der Veränderung _____

_____

58.2.4 Relevanz für die Versorgung Ihrer Patienten_____ ☐ wesentlich ☐ mittelmäßig ☐ kaum ☐ keine

---

58.3.1 Bezeichnung _____

58.3.2 In welchem Jahr wurde die Veränderung realisiert? ☐☐☐☐

58.3.3 Kurze Beschreibung der Veränderung _____

_____

58.3.4 Relevanz für die Versorgung Ihrer Patienten_____ ☐ wesentlich ☐ mittelmäßig ☐ kaum ☐ keine

Abschlussfragenzum Teil B

59. Welche Aspekte des PEPP-Entgeltsystems sahen Sie im patientennahen Bereich in dem Zeitraum von 2013-2015 als problematisch an?

_____

_____

_____

_____

60. Welche Aspekte des PEPP-Entgeltsystems sahen Sie im patientennahen Bereich in dem Zeitraum von 2013-2015 als vorteilhaft für Ihre Einrichtung an?

_____

_____

_____

_____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

A.1.2. Beschreibung der Stichprobe

Tabelle A.1.: Bettenzahlen (laut Bettenplan)

	2013	2014	2015	MW
insgesamt (n = 74)	164	170	171	168
davon KJP (n = 26)	45,5	46,6	47,0	46,3
KJP (in Prozent)	27,7	27,5	27,4	27,5
Klinik (n = 41)	198	204	206	203
davon KJP (n = 14)	52,6	53,9	54,6	54
KJP (in Prozent)	26,6	26,4	26,5	26,5
Fachabt. (n = 31)	113	117	118	116
davon KJP (n = 11)	36,9	37,8	37,8	38
KJP (in Prozent)	32,7	32,4	32,1	32,4

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle A.2.: Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze

	2013	2014	2015	MW
insgesamt (n = 68)	46,8	49,5	50,2	48,8
davon KJP (n = 26)	20,5	21,8	21,9	21,4
KJP (in Prozent)	43,9	44,2	43,6	43,9

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle A.3.: Anzahl vollstationärer Fälle

	2013	2014	2015	MW
insgesamt (n = 73)	2 346	2 349	2 382	2 359
davon KJP (n = 26)	403	410	422	411
KJP (in Prozent)	17,2	17,4	17,7	17,4

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle A.4.: Anzahl teilstationärer Fälle

	2013	2014	2015	MW
insgesamt (n = 68)	470	471	493	478
davon KJP (n = 27)	158	142	212	171
KJP (in Prozent)	33,7	30,1	42,9	35,7

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle A.5.: Anzahl Berechnungstage

	2013	2014	2015	MW
insgesamt (n = 71)	67 369	66 691	67 541	67 200
davon KJP (n = 26)	18 803	19 169	19 296	19 089
KJP (in Prozent)	27,9	28,7	28,6	28,4

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

A.2. Befragung der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen

A.2.1. Fragebogen

BQS
INSTITUT FÜR QUALITÄT
& PATIENTENSICHERHEIT

PEPP-Begleitforschung

Fragebogen

zur Befragung der GKV

zum 1. Forschungszyklus

Stand: 09.03.2017

Fragen zur Integrierten Versorgung (93)

	Wie viele Patienten waren in den Jahren 2013, 2014 und 2015 in Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140b Abs. 1 Nr. 2 SGB V mit Bezug zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung eingeschrieben?	2013	2014	2015
	Anzahl Patienten in IV-Verträgen getrennt für folgende Leistungsinhalte			
	Demenz und andere organische Störungen (F00-F09)			
	Störungen durch Alkohol (F10)			
	Störungen durch sonstige psychotrope Substanzen (F11-F19)			
	Schizophrenie (F20)			
	Schizotype und wahrhafte Störungen (F20-F29)			
	Bipolare affektive Störungen (F30-F31)			
	Depressive Störungen (F32-F34)			
	Angst- und Zwangsstörungen (F40-F42)			
	Anpassungsstörungen (F43)			
	Somatoforme Störungen (F45)			
	Essstörungen (F50)			
	Persönlichkeitsstörungen (F60-F69)			

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Tabelle A.6.: Verteilung der teilnehmenden Einrichtungen

Bundesland	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kum. Häufigkeiten	Kum. Prozente
Nordrhein-Westfalen	21	28,4	28,4	21	28,4
Rheinland-Pfalz	11	14,9	14,9	32	43,2
Bayern	7	9,5	9,5	39	52,7
Niedersachsen	7	9,5	9,5	46	62,2
Hessen	6	8,1	8,1	52	70,3
Baden-Württemberg	5	6,8	6,8	57	77,0
Sachsen	5	6,8	6,8	62	83,8
Berlin	4	5,4	5,4	66	89,2
Brandenburg	3	4,1	4,1	69	93,2
Saarland	2	2,7	2,7	71	95,9
Thüringen	2	2,7	2,7	73	98,6
Sachsen-Anhalt	1	1,4	1,4	74	100,0
Gesamtsumme	74	100,0	100,0	·	·

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

A.3. Befragung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung

A.3.1. Fragebogen

BQS
INSTITUT FÜR QUALITÄT & PATIENTENSICHERHEIT

Begleitforschung Psychiatrie

Fragebogen

zur Befragung der
Medizinischen Dienste der Krankenversicherung
(MDK)

zum 1. Forschungszyklus

Stand: 24.10.2017

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 47615

Fragen zu den Fallprüfungen

Bezogen auf voll- und teilstationäre Fälle aus Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die mit tagesgleichen / teilstationären Pflegesätzen abgerechnet wurden

Wie viele Fälle, die mit tagesgleichen / teilstationären Pflegesätzen abgerechnet wurden, wurden in den Jahren 2013, 2014 und 2015 einer sozialmedizinischen Fallberatung unterzogen?	2013	2014	2015
1. Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen insgesamt			
Sofern möglich, präzisieren Sie bitte die Anzahl:			
1.1 fallabschließend			
1.2 fallsteuernd			

Wie viele Begutachtungen (Gutachten / Kurzgutachten) wurden in den Jahren 2013, 2014 und 2015 durchgeführt, die sich auf Fälle bezogen, die mit tagesgleichen / teilstationären Pflegesätzen abgerechnet wurden?	2013	2014	2015
2. Anzahl Begutachtungen (Gutachten / Kurzgutachten) insgesamt (Fehlbelegungsprüfung nach § 275 SGB V i.V.m. § 39 SGB V)			
Sofern möglich, präzisieren Sie bitte die Anzahl nach Prüfauftrag:			
2.1 primäre Fehlbelegung			
2.2 sekundäre Fehlbelegung			
2.3 primäre und sekundäre Fehlbelegung			
2.4 sonstige (z.B. Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?)			
2.5 davon insgesamt im Inhouse-Verfahren durchgeführt			

(Hinweis: Summe aus 2.1 bis 2.5 kann größer sein als 2.)

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 47615

Wie viele Widerspruchsaufträge zu Fällen mit tagesgleichen / teilstationären Pflegesätzen wurden im jeweiligen Jahr bearbeitet?

	2013	2014	2015
3. Anzahl Widerspruchsaufträge insgesamt_____			
Sofern möglich, präzisieren Sie bitte die Anzahl nach Prüfauftrag:			
3.1 primäre Fehlbelegung_____			
3.2 sekundäre Fehlbelegung_____			
3.3 primäre und sekundäre Fehlbelegung_____			
3.4 sonstige (z.B. Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugend-psychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?)_			

(Hinweis: Summe aus 3.1 bis 3.4 kann größer sein als 3.)

Wie viele der unter 3. genannten Widerspruchsaufträge führten zu einer Änderung der Erstbewertung?

	2013	2014	2015
4. Anzahl Widerspruchsaufträge mit Änderung der Erstbewertung insgesamt_____			
Sofern möglich, präzisieren Sie bitte die Anzahl nach Prüfauftrag:			
4.1 primäre Fehlbelegung_____			
4.2 sekundäre Fehlbelegung_____			
4.3 primäre und sekundäre Fehlbelegung_____			
4.4 sonstige (z.B. Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugend-psychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?)_			

(Hinweis: Summe aus 4.1 bis 4.4 kann größer sein als 4.)

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 47615

Fragen zu den Fallprüfungen

Bezogen auf voll- und teilstationäre Fälle, die nach PEPP abgerechnet wurden

Wie viele Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden, wurden in den Jahren 2013, 2014 und 2015 einer sozialmedizinischen Fallberatung unterzogen?

	2013	2014	2015
5. Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen insgesamt			
Sofern möglich, präzisieren Sie bitte die Anzahl:			
5.1 fallabschließend			
5.2 fallsteuernd			

Wie viele Begutachtungen (Gutachten / Kurzgutachten) wurden in den Jahren 2013, 2014 und 2015 durchgeführt, die sich auf Fälle bezogen, die mit PEPP abgerechnet wurden?

	2013	2014	2015
6. Anzahl Begutachtungen insgesamt (Fehlbelegungs- und Abrechnungsprüfung nach § 275 SGB V i.V.m. § 39 SGBV)			
Sofern möglich, präzisieren Sie bitte die Anzahlen nach Prüfauftrag:			
6.1 Fehlbelegungsprüfung			
6.1.1 primäre Fehlbelegung			
6.1.2 sekundäre Fehlbelegung			
6.1.3 primäre und sekundäre Fehlbelegung			
6.2 Abrechnungsprüfung			
6.2.1 Hauptdiagnose			
6.2.2 Nebendiagnosen			
6.2.3 Prozeduren			
6.2.4 Zusatzentgelte			
6.2.5 Ergänzende Tagesentgelte			
6.3 sonstige (z.B. Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?)			
6.4 davon insgesamt im Inhouse-Verfahren durchgeführt			

(Hinweis: Summe aus 6.1 bis 6.4 kann größer sein als 6.)

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 47615

Wie viele Widerspruchsaufträge zu Fällen mit PEPP wurden im jeweiligen Jahr bearbeitet?

	2013	2014	2015
7. Anzahl Widerspruchsaufträge insgesamt			
Sofern möglich, präzisieren Sie bitte die Anzahl nach Prüfauftrag:			
7.1 Fehlbelegungsprüfung			
7.1.1 primäre Fehlbelegung			
7.1.2 sekundäre Fehlbelegung			
7.1.3 primäre und sekundäre Fehlbelegung			
7.2 Abrechnungsprüfung			
7.2.1 Hauptdiagnose			
7.2.2 Nebendiagnosen			
7.2.3 Prozeduren			
7.2.4 Zusatzentgelte			
7.2.5 Ergänzende Tagesentgelte			
7.3 sonstige (z.B. Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?)			

(Hinweis: Summe aus 7.1 bis 7.3 kann größer sein als 7.)

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 47615

Wie viele der unter 7. genannten Widerspruchsaufträge führten zu einer Änderung der Erstbewertung?	2013	2014	2015
8. Anzahl Widerspruchsaufträge mit Änderung der Erstbewertung insgesamt			
Sofern möglich, präzisieren Sie bitte die Anzahl nach Prüfauftrag:			
8.1 Fehlbelegungsprüfung			
8.1.1 primäre Fehlbelegung			
8.1.2 sekundäre Fehlbelegung			
8.1.3 primäre und sekundäre Fehlbelegung			
8.2 Abrechnungsprüfung			
8.2.1 Hauptdiagnose			
8.2.2 Nebendiagnosen			
8.2.3 Prozeduren			
8.2.4 Zusatzentgelte			
8.2.5 Ergänzende Tagesentgelte			
8.3 sonstige (z.B. Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?)			

(Hinweis: Summe aus 8.1 bis 8.3 kann größer sein als 8.)

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 47615

Fragen zur Personalausstattung

Wie hoch war der Personaleinsatz in den Jahren 2013, 2014 und 2015 für in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erbrachte voll- und teilstationäre Leistungen?
(Angabe in Vollzeitäquivalenten* im Jahresdurchschnitt)

	2013	2014	2015
9. Anzahl Mitarbeiter insgesamt_____	___,__	___,__	___,__
Anzahl Mitarbeiter folgender Dienstarten:			
9.1 ärztlicher Dienst_____	___,__	___,__	___,__
9.2 Dokumentationskräfte (Kodierfachkräfte, med. Dokumentare, Dokumentations-assistentInnen)_____	___,__	___,__	___,__
9.3 Verwaltung_____	___,__	___,__	___,__

Wenn Sie die unter 9. gemachten Angaben nach Abrechnung mit tagesgleichen Pflegesätzen (TGPS) und PEPP-Entgeltsystem differenzieren können, dann geben Sie sie bitte hier ein:
(Angabe in Vollzeitäquivalenten* im Jahresdurchschnitt)

	2013	2014	2015
Personaleinsatz für Abrechnungen mit tagesgleichen Pflegesätzen (TGPS)	TGPS	TGPS	TGPS
10. Anzahl Mitarbeiter insgesamt_____	___,__	___,__	___,__
Anzahl Mitarbeiter folgender Dienstarten:			
10.1 ärztlicher Dienst_____	___,__	___,__	___,__
10.2 Dokumentationskräfte (Kodierfachkräfte, med. Dokumentare, Dokumentations-assistentInnen)_____	___,__	___,__	___,__
10.3 Verwaltung_____	___,__	___,__	___,__
Personaleinsatz für Abrechnungen mit PEPP	PEPP	PEPP	PEPP
11. Anzahl Mitarbeiter insgesamt_____	___,__	___,__	___,__
Anzahl Mitarbeiter folgender Dienstarten:			
11.1 ärztlicher Dienst_____	___,__	___,__	___,__
11.2 Dokumentationskräfte (Kodierfachkräfte, med. Dokumentare, Dokumentations-assistentInnen)_____	___,__	___,__	___,__
11.3 Verwaltung_____	___,__	___,__	___,__

* Für ein Vollzeitäquivalent werden 1.500 Std. p.a. zugrunde gelegt.

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 47615

3710476154

Abschlussfragen

12. Welche Aspekte des PEPP-Entgeltsystems sahen Sie in dem Zeitraum von 2013-2015 als problematisch an?

13. Welche Aspekte des PEPP-Entgeltsystems sahen Sie in dem Zeitraum von 2013-2015 als vorteilhaft an?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 47615

B. Veränderung des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

B.1. Systematische Literaturübersicht

Tabelle B.1.: Suchbegriffe zu „Veränderungen des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

Versorgungs-kontext	**Intervention**	**Forschungs-design**	**Zugang**
hospital	marginal reimbursement	observational	access
inpatient	lump sum	interventional	availability
health care	flat rate	experimental	appointment
	fixed rate	natural experiment	waiting time
	capitation	program evaluation	travel distance
	per diem	before-after	density
	prospective payment	control	capacity
	PPS	control group	cream-skim
	DRG	longitudinal	
	patient classification	case-control	
	diagnosis related groups	cross-section	

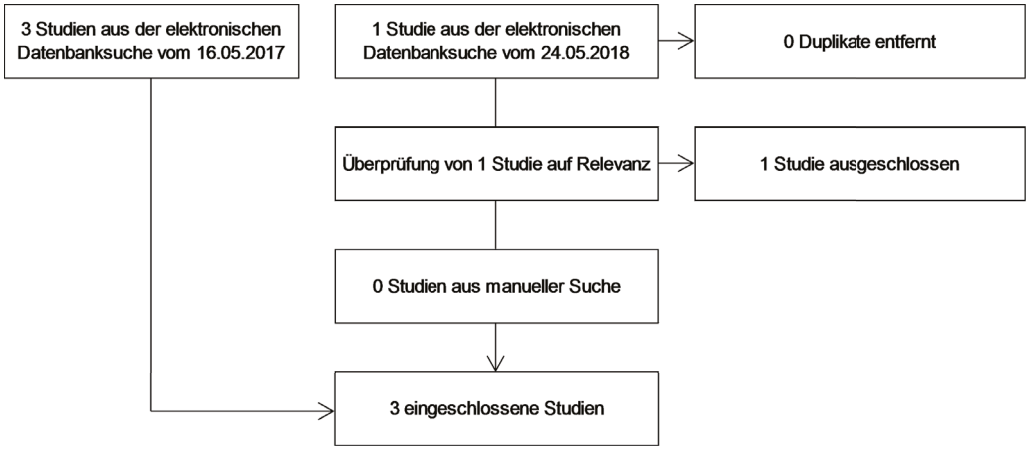


Abbildung B.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

B.2. Tabellarische Darstellungen

Tabelle B.2.: Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)

Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)	
2011	284.613
2012	290.052
2013	296.459
2014	294.923
2015	292.898
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	291.789
Minimum	284.613
Maximum	296.459

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle B.3.: Anteil der vollstationären Fälle außerhalb des regionalen Pflichtversorgungsbereiches

	Anteil der vollstationären Fälle mit Wohnsitz außerhalb des regionalen Pflichtversorgungsbereiches (in Prozent)
2011	39,4
2012	39,5
2013	38,7
2014	38,9
2015	38,6
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	39,0
Minimum	38,6
Maximum	39,5

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle B.4.: Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)

Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankehäusern mit TGPS-Abrechnung	-11.872	182	-65,26	0,0000
Genereller Unterschied zw. Jahre 2011-2012 und Jahre 2013-2015	441	166	2,66	0,0091
Spezieller Effekt von Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-173	235	-0,74	0,4633
Beobachtungszahl	120			
Adj. R-Quadrat	0,9894			

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Tabelle B.5.: Anteil Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit an alle Fällen (vollstationär; in Prozent)

Anteil Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit an allen Fällen (vollstationär; in Prozent)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	-5,43	0,3	-18,34	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2015	-0,16	0,27	-0,59	0,5534
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	0,11	0,38	0,30	0,7671
Beobachtungszahl 120				
Adj. R-Quadrat 0,8899				

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Tabelle B.6.: Anzahl der Krankenhäuser mit mehr als 50 Fällen

Anzahl Krankenhäuser mit mehr als 50 Fällen	
2011	576
2012	577
2013	579
2014	587
2015	587
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	581
Minimum	576
Maximum	587

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle B.7.: Anzahl aufgestellter Betten

	Anzahl aufgestellter Betten
2011	67.942
2012	68.869
2013	70.053
2014	71.215
2015	72.037
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	70.023
Minimum	67.942
Maximum	72.037

Datenquelle: Destatis, Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Fachserie 12 Reihe 6.1.2.

Tabelle B.8.: Anteil nicht in nächstgelegenem Krankenhaus aufgenommener Fälle an allen Fällen (in Prozent)

	Anteil nicht in nächstgelegenem Krankenhaus aufgenommener Fälle an allen Fällen (in Prozent)
2011	38,55
2012	38,83
2013	38,18
2014	37,85
2015	37,94
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	38,27
Minimum	37,85
Maximum	38,83

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle B.9.: Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke)

Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke)	
2011	31,1
2012	31,5
2013	32,8
2014	33,4
2015	34,1
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	32,6
Minimum	31,1
Maximum	34,1

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle B.10.: Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke)

Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	-3,48	0,34	-10,31	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2015	2,53	0,31	8,22	0,0000
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-1,08	0,44	-2,47	0,0150
Beobachtungszahl	120			
Adj. R-Quadrat	0,7984			

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Tabelle B.11.: Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke; nur Strecken < 50 km)

Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke; nur Strecken < 50km)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	-1,02	0,13	-7,79	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2015	-0,63	0,12	-5,23	0,0000
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	0,56	0,17	3,32	0,0012
Beobachtungszahl 120				
Adj. R-Quadrat 0,4387				

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

C. Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

C.1. Systematische Literaturübersicht

Tabelle C.1.: Suchbegriffe zu „Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

Versorgungs-kontext	**Intervention**	**Forschungs-design**	**Strukturen**
hospital	marginal reimbursement	observational	structure
inpatient	lump sum	interventional	number of beds
health care	flat rate	experimental	capacity
	fixed rate	natural experiment	staffing
	capitation	program evaluation	specialization
	per diem	before-after	admission
	prospective payment	control	readmission
	PPS	control group	
	DRG	longitudinal	
	patient classification	case-control	
	diagnosis related groups	cross-section	

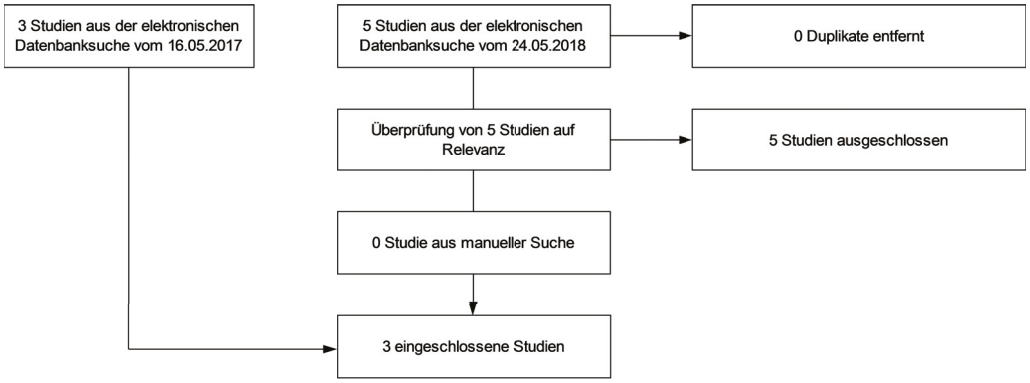


Abbildung C.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

C.2. Tabellarische Darstellungen

Tabelle C.2.: Mittlere Gesamtinvestitionen je Bett

	Mittlere Gesamtinvestitionen je Bett		
	zusammen	nicht optiert	optiert
2013	**19,1**	**32,7**	**5,0**
2014	12,9	19,5	5,7
2015	**10,3**	**12,1**	**8,4**
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	**14,1**	**21,4**	**6,4**
Minimum	10,3	12,1	5,0
Maximum	**19,1**	**32,7**	**8,4**

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle C.3.: Mittlere Gesamtinvestitionen je Fall

	Mittlere Gesamtinvestitionen je Fall		
	zusammen	nicht optiert	optiert
2013	**1,30**	**2,25**	**0,35**
2014	0,75	1,07	0,42
2015	**0,72**	**0,90**	**0,52**
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	**0,92**	**1,41**	**0,43**
Minimum	0,72	0,90	0,35
Maximum	**1,30**	**2,25**	**0,52**

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle C.4.: Mittlere Gesamtinvestitionen je Berechnungstag

	Mittlere Gesamtinvestitionen je Berechnungstag		
	zusammen	nicht optiert	optiert
2013	**53,6**	**92,1**	**12,0**
2014	28,3	41,1	14,6
2015	**24,9**	**31,7**	**17,4**
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	**35,6**	**54,9**	**14,7**
Minimum	24,9	31,7	12,0
Maximum	**53,6**	**92,1**	**17,4**

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle C.5.: Anzahl Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen

Anzahl Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen	
2011	442
2012	442
2013	440
2014	445
2015	444
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	443
Minimum	440
Maximum	445

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle C.6.: Mittlere Anzahl von Versicherten mit Verträgen zur integrierten Versorgung

Mittlere Anzahl von Versicherten mit Verträgen zur integrierten Versorgung	
2013	276
2014	**534**
2015	607
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	472
Minimum	**276**
Maximum	607

Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

Tabelle C.7.: Anzahl Modellprojekte

	Anzahl Modellprojekte
2011	
2012	
2013	7
2014	14
2015	14
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	12
Minimum	7
Maximum	14

Datenquelle: InEK, Meldungen nach § 64b Abs. 3 SGB V.

Tabelle C.8.: Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich)

	Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich)
2011	20.538
2012	22.366
2013	23.291
2014	24.623
2015	25.719
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	23.307
Minimum	20.538
Maximum	25.719

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle C.9.: Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich)

Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankehäusern mit TGPS-Abrechnung	-1.365	36	-38,22	0,0000
Genereller Unterschied zw. Jahre 2011-2012 und Jahre 2013-2015	218	33	6,69	0,0000
Spezieller Effekt von Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-184	46	-3,99	0,0001
Beobachtungszahl	120			
Adj. R-Quadrat	0,9738			

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Tabelle C.10.: Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie)

Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie)	
2011	227
2012	229
2013	223
2014	213
2015	212
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	221
Minimum	212
Maximum	229

Datenquelle: Destatis, Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Fachserie 12 Reihe 6.1.2.

Tabelle C.11.: Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik)

Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik)	
2011	158
2012	164
2013	171
2014	173
2015	178
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	169
Minimum	158
Maximum	178

Datenquelle: Destatis, Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Fachserie 12 Reihe 6.1.2.

Tabelle C.12.: Ausgaben für Soziotherapie (in Euro)

Ausgaben für Soziotherapie (in Euro)	
2011	3.210.548
2012	3.423.896
2013	3.605.376
2014	3.709.279
2015	4.043.135
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	3.598.447
Minimum	3.210.548
Maximum	4.043.135

Datenquelle: BMG, Daten der KJ1-Statistik.

Tabelle C.13.: Anzahl Fälle in Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V

Anzahl Fälle in Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V	
2011	
2012	
2013	421.302
2014	492.116
2015	524.302
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	479.240
Minimum	421.302
Maximum	524.302

Datenquelle: GKV, Daten nach § 295 und § 301 SGB V.

Tabelle C.14.: Anzahl Tage mit Konsultationen in Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß PIA-Dokumentation

	Anzahl Tage mit Konsultationen in Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß PIA-Dokumentation
2011	
2012	
2013	6.822.726
2014	7.604.629
2015	7.869.729
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	7.432.361
Minimum	6.822.726
Maximum	7.869.729

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

D. Veränderungen der Fallzahl in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

D.1. Systematische Literaturübersicht

Tabelle D.1.: Suchbegriffe zu „Veränderungen der Fallzahl in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

Versorgungs-kontext	**Intervention**	**Forschungs-design**	**Fallzahl**
hospital	marginal reimbursement	observational	readmission
inpatient	lump sum	interventional	cases
health care	flat rate	experimental	admission
	fixed rate	natural experiment	
	capitation	program evaluation	
	per diem	before-after	
	prospective payment	control	
	PPS	control group	
	DRG	longitudinal	
	patient classification	case-control	
	diagnosis related groups	cross-section	

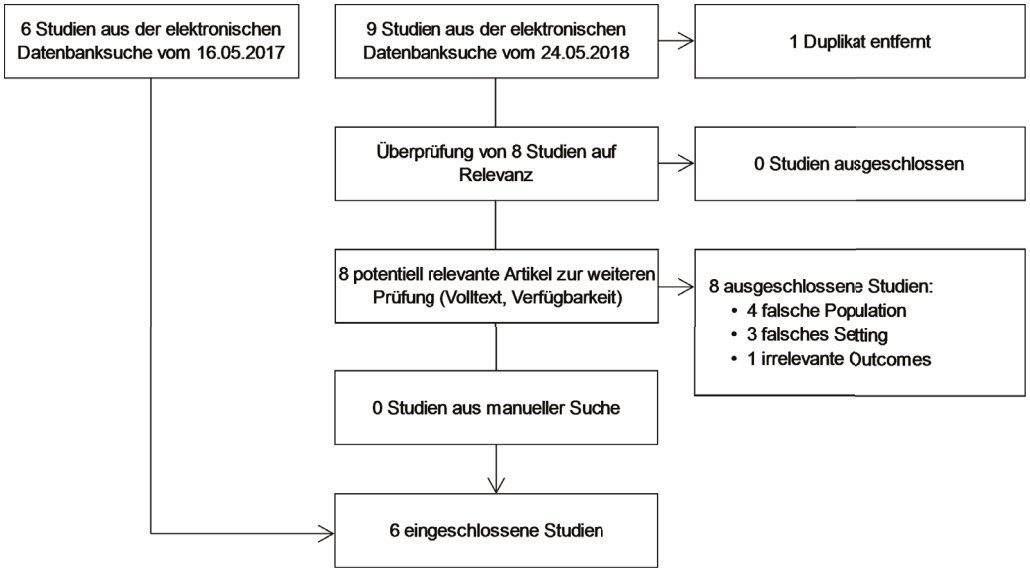


Abbildung D.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen der Fallzahl in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

D.2. Tabellarische Darstellungen

Tabelle D.2.: Anzahl Fälle

	Anzahl Fälle
2011	1.036.012
2012	1.058.593
2013	1.082.702
2014	1.091.300
2015	1.086.382
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	1.070.998
Minimum	1.036.012
Maximum	1.091.300

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle D.3.: Anzahl PatientInnen

Anzahl PatientInnen	
2011	1.323.979
2012	1.342.718
2013	1.355.943
2014	1.376.574
2015	1.354.971
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	1.350.837
Minimum	1.323.979
Maximum	1.376.574

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Tabelle D.4.: Anzahl Unterbringungsverfahren nach §§ 1906, 1846 und PsychKG

Anzahl Unterbringungsverfahren nach §§ 1906, 1846 BGB und PsychKG	
2011	154.187
2012	155.307
2013	154.798
2014	156.872
2015	163.617
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	156.956
Minimum	154.187
Maximum	163.617

Datenquelle: Bundesamt für Justiz.

Tabelle D.5.: Anzahl Unterbringungsverfahren nach PsychKG je 100 000 Einwohner

Anzahl Unterbringungsverfahren nach PsychKG je 100.000 Einwohner	
2011	97,29
2012	100,28
2013	102,06
2014	102,26
2015	101,51
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	100,68
Minimum	97,29
Maximum	102,26

Datenquelle: Bundesamt für Justiz.

Tabelle D.6.: Anzahl Unterbringungsverfahren nach § 1906 BGB

Anzahl Unterbringungsverfahren nach § 1906 BGB	
2011	59.111
2012	58.813
2013	57.176
2014	57.649
2015	58.992
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	58.348
Minimum	57.176
Maximum	59.111

Datenquelle: Bundesamt für Justiz.

Tabelle D.7.: Anzahl Unterbringungsgenehmigungen nach § 1906 BGB

Anzahl Unterbringungsgenehmigungen nach § 1906 BGB	
2011	57.116
2012	56.490
2013	54.831
2014	55.292
2015	56.646
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	56.075
Minimum	54.831
Maximum	57.116

Datenquelle: Bundesamt für Justiz.

Tabelle D.8.: Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent)

Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent)	
2011	93,57
2012	93,95
2013	93,44
2014	93,28
2015	93,33
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	93,52
Minimum	93,28
Maximum	93,95

Datenquelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

Tabelle D.9.: Anzahl Fälle

Anzahl Fälle	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankehäusern mit TGPS-Abrechnung	-25.897	528	-49,01	0,0000
Genereller Unterschied zw. Jahre 2011-2012 und Jahre 2013-2015	1.505	482	3,12	0,0023
Spezieller Effekt von Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-578	682	-0,85	0,3986
Beobachtungszahl	120			
Adj. R-Quadrat	0,9818			

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Tabelle D.10.: Anzahl PatientInnen

Anzahl PatientInnen	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	-25.723	503	-51,12	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2015	1.356	459	2,95	0,0039
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-283	650	-0,44	0,6643
Beobachtungszahl	120			
Adj. R-Quadrat	0,983			

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

E. Veränderungen der Behandlung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

E.1. Systematische Literaturübersicht

Tabelle E.1.: Suchbegriffe zu „Veränderungen der Behandlung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

Versorgungs-kontext	**Intervention**	**Forschungs-design**	**Behandlung**
hospital	marginal reimbursement	observational	treatment
inpatient	lump sum	interventional	length of stay
health care	flat rate	experimental	procedure
	fixed rate	natural experiment	intensity
	capitation	program evaluation	
	per diem	before-after	
	prospective payment	control	
	PPS	control group	
	DRG	longitudinal	
	patient classification	case-control	
	diagnosis related groups	cross-section	

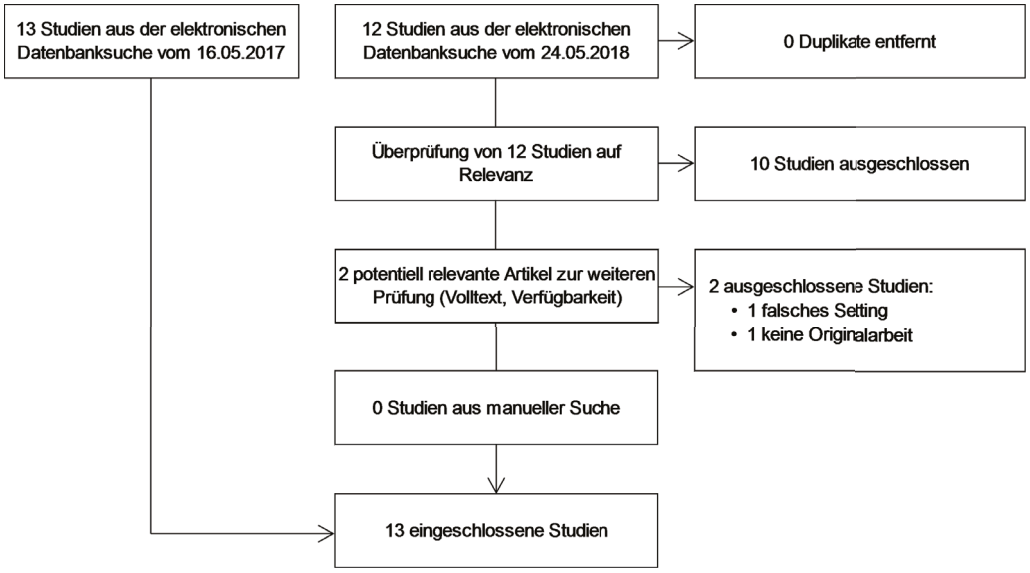


Abbildung E.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen der Behandlung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

E.2. Tabellarische Darstellungen

Tabelle E.2.: Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten einzeltherapeutischen Verfahren oder Schwerpunkten (in Prozent)

Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten einzeltherapeutischen Verfahren oder Schwerpunkten (in Prozent)			
	zusammen	nicht optiert	optiert
2013	**7,6**	**9,1**	**6,8**
2014	15,6	14,3	16,3
2015	**13,5**	**9,5**	**18,6**
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	**12,2**	**11,0**	**13,9**
Minimum	7,6	9,1	6,8
Maximum	**15,6**	**14,3**	**18,6**

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle E.3.: Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen einzeltherapeutischen Verfahren oder in neuen Schwerpunkten behandelt wurden

Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen einzeltherapeutischen Verfahren oder in neuen Schwerpunkten behandelt wurden			
	zusammen	nicht optiert	optiert
2013	**47**	**52,4**	**28,4**
2014	114	182	72,1
2015	**156**	**182**	**133**
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	**106**	**139**	**78**
Minimum	46,8	52,4	28,4
Maximum	**156,3**	**182,4**	**133,4**

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle E.4.: Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten gruppentherapeutischen Verfahren (in Prozent)

Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten gruppentherapeutischen Verfahren (in Prozent)			
	zusammen	nicht optiert	optiert
2013	**11,6**	**17,1**	**7,3**
2014	13,3	15,8	12,2
2015	**23,8**	**28,2**	**22,0**
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	**16,2**	**20,4**	**13,8**
Minimum	10	20	10
Maximum	**20**	**30**	**20**

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle E.5.: Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen gruppentherapeutischen Verfahren behandelt wurden

Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen gruppentherapeutischen Verfahren behandelt wurden			
	zusammen	nicht optiert	optiert
2013	**93**	**105**	**78,3**
2014	168	229	117
2015	**211**	**285**	**137**
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	**157,6**	**206,1**	**110,8**
Minimum	93,4	104,8	78,3
Maximum	**211,1**	**284,7**	**137,4**

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle E.6.: Anzahl Behandlungstage

Anzahl Behandlungstage	
2011	25.532.380
2012	26.552.272
2013	27.099.963
2014	27.436.683
2015	27.238.221
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	26.771.904
Minimum	25.532.380
Maximum	27.436.683

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle E.7.: Anteil Behandlungstage mit Regelbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)

Anteil Behandlungstage mit Regelbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)	
2011	60
2012	66
2013	68
2014	65
2015	69
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	66
Minimum	60
Maximum	69

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle E.8.: Anteil Behandlungstage mit Intensivbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)

Anteil Behandlungstage mit Intensivbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)	
2011	18,3
2012	20,2
2013	20,7
2014	20,8
2015	20,1
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	20,0
Minimum	18,3
Maximum	20,8

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle E.9.: Anzahl Fälle mit Regelbehandlung (Erwachsene; vollstationär)

Anzahl Fälle mit Regelbehandlung (Erwachsene; vollstationär)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	898	365	2,46	0,0156
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2015	1.050	333	3,15	0,0021
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-149	471	-0,32	0,7530
Beobachtungszahl	120			
Adj. R-Quadrat	0,5377			

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Tabelle E.10.: Anzahl Fälle mit Intensivbehandlung (Erwachsene; vollstationär)

Anzahl Fälle mit Intensivbehandlung (Erwachsene; vollstationär)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	2.323	228	10,17	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2015	1.734	209	8,32	0,0000
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-469	295	-1,59	0,1144
Beobachtungszahl 120				
Adj. R-Quadrat 0,7553				

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Tabelle E.11.: Mittlere Verweildauer (in Tagen)

Mittlere Verweildauer (in Tagen)	
2011	25,9
2012	25,7
2013	25,8
2014	26,4
2015	26,9
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	26,2
Minimum	25,7
Maximum	26,9

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle E.12.: Mittlere Verweildauer (in Tagen)

Mittlere Verweildauer (in Tagen)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankehäusern mit TGPS-Abrechnung	5,7212	0,1649	34,70	0,0000
Genereller Unterschied zw. Jahre 2011-2012 und Jahre 2013-2015	0,0214	0,1505	0,14	0,8873
Spezieller Effekt von Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	0,3832	0,2128	1,80	0,0747
Beobachtungszahl 120				
Adj. R-Quadrat 0,9651				

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

F. Veränderungen der Kodierung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

F.1. Systematische Literaturübersicht

Tabelle F.1.: Suchbegriffe zu „Veränderungen der Kodierung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

Versorgungs-kontext	**Intervention**	**Forschungs-design**	**Kodierung**
hospital	marginal reimbursement	observational	diagnostic coding
inpatient	lump sum	interventional	coding
health care	flat rate	experimental	coding practice
	fixed rate	natural experiment	
	capitation	program evaluation	
	per diem	before-after	
	prospective payment	control	
	PPS	control group	
	DRG	longitudinal	
	patient classification	case-control	
	diagnosis related groups	cross section	

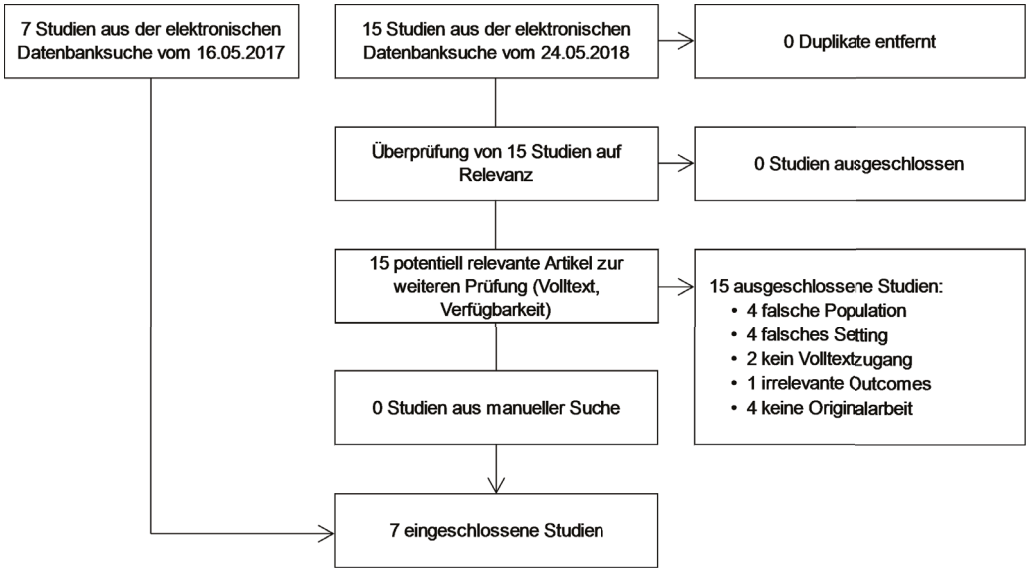


Abbildung F.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen der Kodierung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

F.2. Tabellarische Darstellungen

Tabelle F.2.: Verhältnis Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung (in Prozent)

Verhältnis Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung (in Prozent)	
2011	14,2
2012	13,6
2013	13,0
2014	12,2
2015	11,7
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	12,9
Minimum	11,7
Maximum	14,2

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle F.3.: Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen

Anzahl Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen	
2011	25.141
2012	23.645
2013	23.282
2014	21.781
2015	20.709
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	22.912
Minimum	20.709
Maximum	25.141

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle F.4.: Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes

Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes	
2011	12.080
2012	5.727
2013	2.492
2014	3.025
2015	2.292
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	5.123
Minimum	2.292
Maximum	12.080

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle F.5.: Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)

Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)	
2011	26
2012	30
2013	33
2014	36
2015	37
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	32
Minimum	26
Maximum	37

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle F.6.: Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen

Anzahl Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankehäusern mit TGPS-Abrechnung	-680	71	-9,61	0,0000
Genereller Unterschied zw. Jahre 2011-2012 und Jahre 2013-2015	-152	65	-2,36	0,0201
Spezieller Effekt von Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-403	91	-4,41	0,0000
Beobachtungszahl	120			
Adj. R-Quadrat	0,8211			

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Tabelle F.7.: Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes

Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankehäusern mit TGPS-Abrechnung	-2.253	56	-40,10	0,0000
Genereller Unterschied zw. Jahre 2011-2012 und Jahre 2013-2015	143	51	2,79	0,0063
Spezieller Effekt von Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-176	73	-2,43	0,0168
Beobachtungszahl 120				
Adj. R-Quadrat 0,9743				

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Tabelle F.8.: Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)

Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	-6,69	0,4	-16,63	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2015	4,72	0,37	12,85	0,0000
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	1,94	0,52	3,74	0,0003
Beobachtungszahl 120				
Adj. R-Quadrat 0,8902				

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

G. Veränderungen der Qualität in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

G.1. Systematische Literaturübersicht

Tabelle G.1.: Suchbegriffe zu „Veränderungen der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

Versorgungs-kontext	**Intervention**	**Forschungs-design**	**Qualität**
hospital	marginal reimbursement	observational	mortality
inpatient	lump sum	interventional	quality
health care	flat rate	experimental	morbidity
	fixed rate	natural experiment	complication rate
	capitation	program evaluation	patient outcome
	per diem	before-after	medical outcome
	prospective payment	control	health outcome
	PPS	control group	
	DRG	longitudinal	
	patient classification	case-control	
	diagnosis related groups	cross-section	

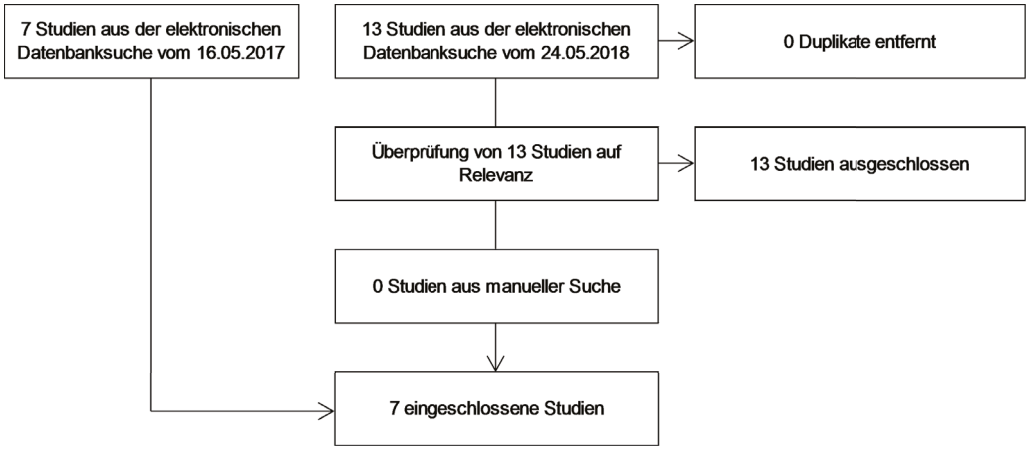


Abbildung G.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

G.2. Tabellarische Darstellungen

Tabelle G.2.: Änderung der PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung

Änderung der Patienten-Therapeuten-Beziehung			
	zusammen	nicht optiert	optiert
2013	**2,94**	**0,00**	**6,25**
2014	1,76	-1,25	5,00
2015	**-0,58**	**-3,66**	**2,50**
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	**1,4**	**-1,6**	**4,6**
Minimum	-0,6	-3,7	2,5
Maximum	**2,94**	**0,00**	**6,25**

Anm.: Wertebereich: −100 (verschlechtert) bis 100 (verbessert)
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle G.3.: Änderung des Behandlungserfolges

	Änderung des Behandlungserfolges		
	zusammen	nicht optiert	optiert
2013	**4,22**	**-1,28**	**8,97**
2014	3,61	-1,28	6,41
2015	**2,41**	**-3,85**	**6,41**
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	**3,4**	**-2,1**	**7,3**
Minimum	2,4	-3,8	6,4
Maximum	**4,22**	**-1,28**	**8,97**

Anm.: Wertebereich: −100 (verschlechtert) bis 100 (verbessert)
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle G.4.: Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent)

	Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent)
2011	19,6
2012	18,8
2013	18,2
2014	17,5
2015	16,7
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	18,1
Minimum	16,7
Maximum	19,6

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle G.5.: Anzahl Entlassungen gegen ärztlichen Rat

	Anzahl Entlassungen gegen ärztl. Rat
2011	86.122
2012	90.682
2013	95.354
2014	96.248
2015	96.772
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	93.036
Minimum	86.122
Maximum	96.772

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle G.6.: Anteil Entlassungen gegen ärztlichen Rat

Anteil Entlassungen gegen ärztl. Rat an allen Fällen (in Prozent)	
2011	8,306
2012	8,560
2013	8,802
2014	8,816
2015	8,904
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	8,678
Minimum	8,306
Maximum	8,904

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Tabelle G.7.: Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent)

Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	-0,9	0,15	-6,21	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2015	-1,2	0,13	-9,04	0,0000
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-0,18	0,19	-0,99	0,3269
Beobachtungszahl	120			
Adj. R-Quadrat	0,7257			

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Tabelle G.8.: Anteil Entlassungen geg. ärztl. Rat an allen Fällen (vollstationär; in Prozent)

Anteil Entlassungen geg. ärztl. Rat an allen Fällen (vollstationär; in Prozent)

	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	1,33	0,08	16,76	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2015	0,22	0,07	3,04	0,0030
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	0,38	0,1	3,73	0,0003

Beobachtungszahl	120
Adj. R-Quadrat	0,9195

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

H. Sonstige Veränderungen in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

H.1. Tabellarische Darstellungen

Tabelle H.1.: Bereinigte Kosten (Psych-Fachabteilungen in Psych-Krankenhäusern; in Euro)

Bereinigte Kosten (PSYCH-Fachabteilungen in PSYCH-Krankenhäusern; in Euro)	
2011	3.616.023.230
2012	3.979.765.330
2013	4.136.662.890
2014	4.378.239.230
2015	4.547.103.460
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	4.131.558.828
Minimum	3.616.023.230
Maximum	4.547.103.460

Datenquelle: Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.3.

Tabelle H.2.: Bereinigte Kosten je Berechnungstag (Psych-Fachabteilungen in Psych-Krankenhäusern; in Euro)

Bereinigte Kosten je Berechnungstag (PSYCH-Fachabteilungen in PSYCH-Krankenhäusern; in Euro)	
2011	261
2012	272
2013	279
2014	288
2015	297
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	279
Minimum	261
Maximum	297

Datenquelle: Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.3.

Tabelle H.3.: Anteil Ausgaben für psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Krankenhäuser an allen Ausgaben (in Prozent)

	Anteil Ausgaben für psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Krankenhäuser an allen Ausgaben (in Prozent)
2011	
2012	9,3
2013	9,4
2014	9,8
2015	9,9
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	9,6
Minimum	9,3
Maximum	9,9

Datenquelle: BMG, Daten der KJ1-Statistik.

Tabelle H.4.: Anteil Kassen mit Veränderungen im IT-Bereich für das PEPP-Entgeltsystem (in Prozent)

Anteil Kassen mit Veränderungen im IT-Bereich für das PEPP-Entgeltsystem (in Prozent)		
	Datenübermittlungsverfahren (n=21)	Rechnungsprüfungs-programme (n=26)
2013	**47,6**	**84,6**
2014	38,1	80,8
2015	**33,3**	**76,9**
2016		
2017		
2018		
Durchschnitt	**39,7**	**80,8**
Minimum	33,3	76,9
Maximum	**47,6**	**84,6**

Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

Tabelle H.5.: Mittlere Anzahl mit der Abrechnung psychiatrischer Fälle beschäftigte MitarbeiterInnen

Mittlere Anzahl mit der Abrechnung psychiatrischer Fälle beschäftigte MitarbeiterInnen

	insgesamt (n=25)	Sozialvers.- od. kaufm. Ausb. (n=11)	pflegerische Ausbild. (n=7)	sonst. nicht-akadem. Ausb. (n=6)
2013	**7,86**	**7,78**	**0,30**	**0,83**
2014	8,36	8,12	0,71	0,83
2015	**9,18**	**8,44**	**0,90**	**1,17**
2016				
2017				
2018				
Durchschnitt	**8,47**	**8,11**	**0,64**	**0,94**
Minimum	7,86	7,78	0,30	0,83
Maximum	**9,18**	**8,44**	**0,90**	**1,17**

Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

Tabelle H.6.: Mittlere Anzahl mit PEPP abgerechneter vollstationärer Fälle pro MitarbeiterIn

Mittlere Anzahl mit PEPP abgerechneter vollstationärer Fälle pro MitarbeiterIn	
2013	156
2014	**644**
2015	1.062
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	621
Minimum	**156**
Maximum	1.062

Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

Tabelle H.7.: Mittlere MitarbeiterInnenzahl, unabhängig vom verwendeten Vergütungssystem

Mittlere MitarbeiterInnenzahl, unabhängig vom verwendeten Vergütungssystem			
	insgesamt (n=2)	ärztl. Dienst (n=3)	Verwaltung (n=2)
2013	**2,03**	**4,90**	**3,03**
2014	1,85	4,45	3,00
2015	**2,00**	**4,78**	**2,95**
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	**1,96**	**4,71**	**2,99**
Minimum	1,85	4,45	2,95
Maximum	**2,03**	**4,90**	**3,03**

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Tabelle H.8.: Mittlere MitarbeiterInnenzahl im ärztlichen Dienst

Mittlere MitarbeiterInnenzahl im ärztlichen Dienst		
	TGPS	PEPP
2013	**3,85**	**0,01**
2014	3,51	0,25
2015	**3,54**	**1,82**
2016		
2017		
2018		
Durchschnitt	**3,63**	**0,69**
Minimum	3,51	0,01
Maximum	**3,85**	**1,82**

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Tabelle H.9.: Mittlere Anzahl Schulungstage pro MitarbeiterIn

Mittlere Anzahl Schulungstage pro MitarbeiterIn				
	insgesamt (n=26)	intern (n=22)	extern (n=17)	mit dem MDK (n=21)
2013	**1,72**	**1,14**	**0,56**	**0,61**
2014	1,85	1,41	0,44	0,67
2015	**2,40**	**1,50**	**0,53**	**0,90**
2016				
2017				
2018				
Durchschnitt	**1,99**	**1,35**	**0,51**	**0,73**
Minimum	1,72	1,14	0,44	0,61
Maximum	***2,40***	***1,50***	***0,56***	***0,90***

Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

Tabelle H.10.: Mittlere Anzahl Fallsteuerungen bzw. auffälliger Fälle pro 100 Fälle

Mittlere Anzahl Fallsteuerungen bzw. auffälliger Fälle pro 100 Fälle				
	Fallsteuer. TGPS (n=21)	Fallsteuer. PEPP (n=21)	auffällige Fälle TGPS (n=21)	auffällige Fälle PEPP (n=21)
2013	**34,1**	**31,6**	**25,0**	**36,8**
2014	30,3	30,3	23,0	34,5
2015	**27,2**	**28,7**	**21,0**	**34,9**
2016				
2017				
2018				
Durchschnitt	**30,6**	**30,2**	**23,0**	**35,4**
Minimum	27,2	28,7	21,0	34,5
Maximum	**34,1**	**31,6**	**25,0**	**36,8**

Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

Tabelle H.11.: Durchschnittliche Veränderung im Aufwand pro Rechnungsprüfung für nach PEPP abgerechnete Fälle (in Prozent)

Durchschnittliche Veränderung im Aufwand pro Rechnungsprüfung für nach PEPP abgerechnete Fälle (in Prozent)	
2013	4,67
2014	**8,39**
2015	11,39
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	8,15
Minimum	**4,67**
Maximum	11,39

Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

Tabelle H.12.: Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet wurden

Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet wurden			
	insgesamt (n=13)	fallabschließend (n=11)	fallsteuernd (n=11)
2013	**57 595**	**33.844**	**11.005**
2014	52.669	29.177	10.139
2015	**41.258**	**25.573**	**8.414**
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	**50.507**	**29.531**	**9.853**
Minimum	41.258	25.573	8.414
Maximum	***57.595***	**33.844**	**11.005**

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Tabelle H.13.: Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden

Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden			
	insgesamt (n=12)	fallabschließend (n=10)	fallsteuernd (n=10)
2013	**307**	**103**	**30**
2014	8.824	5.363	2.568
2015	**15.668**	**6.591**	**5.415**
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	**8.266**	**4.019**	**2.671**
Minimum	307	103	30
Maximum	**15.668**	**6.591**	**5.415**

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Tabelle H.14.: Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet wurden

Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet wurden				
	sozialmed. Fallber. (n=13)	Begutachtungen (n=14)	Widerspruchs-anträge (n=13)	insgesamt
2013	**57.595**	**33.182**	**2.525**	**93.302**
2014	52.669	29.469	2.865	85.003
2015	**41.258**	**23.068**	**2.666**	**66.992**
2016				
2017				
2018				
Durchschnitt	**50.507**	**28.573**	**2.685**	**81.766**
Minimum	41.258	23.068	2.525	66.992
Maximum	**57.595**	**33.182**	**2.865**	**93.302**

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Tabelle H.15.: Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden

Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden				
	sozialmed. Fallber. (n=12)	Begutachtungen (n=12)	Widerspruchs-anträge (n=10)	insgesamt
2013	**307**	**29**		**336**
2014	8.824	6.303	140	15.267
2015	**15.668**	**11.778**	**335**	**27.781**
2016				
2017				
2018				
Durchschnitt	**8.266**	**6.037**	**238**	**14.461**
Minimum	307	29	140	336
Maximum	**15.668**	**11.778**	**335**	**27.781**

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Tabelle H.16.: Anteil Widerspruchsverfahren an allen Fallprüfungen (in Prozent)

Anteil Widerspruchsverfahren an allen Fallprüfungen (in Prozent)		
	TGPS	PEPP
2013	**2,7**	**0,0**
2014	3,4	0,9
2015	**4,0**	**1,2**
2016		
2017		
2018		
Durchschnitt	**3,4**	**0,7**
Minimum	2,7	0,0
Maximum	**4,0**	**1,2**

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Tabelle H.17.: Anteil Inhouse-Verfahren an allen Begutachtungen (in Prozent)

Anteil Inhouse-Verfahren an allen Begutachtungen (in Prozent)		
	TGPS (n=4)	PEPP (n=3)
2013	**26,3**	
2014	22,7	96,5
2015	**14,8**	**86,9**
2016		
2017		
2018		
Durchschnitt	**21,3**	**91,7**
Minimum	14,8	86,9
Maximum	**26,3**	**96,5**

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Anhang 2

zum gemeinsamen Bericht von GKV-Spitzenverband, PKV und DKG
zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 4 Satz 8 KHG
vom 28.06.2019

- **Gesetzliche Evaluation von Modellvorhaben nach § 64b SGB V – EVA 64 (Stand: April 2019)**

Zusammenfassung des aktuellen Standes

der Evaluation von Modellvorhaben nach §64b SGB V (EVA64)

Zur Vorlage an das Bundesministerium für Gesundheit
im Rahmen des §17d KHG (4)

Auf Basis der Ersten und Zweiten Zwischenberichte von:

DIAKO Nordfriesland gGmbH,
Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH,
imland Klinik Rendsburg GmbH,
Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH,

und der Ersten Zwischenberichte von:

LWL-Universitätsklinikum Bochum,
Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf GmbH,
Klinikum Hanau GmbH,
Klinikum Itzehoe – Zentrum für Psychosoziale Medizin,
St. Marien-Hospital Hamm gGmbH,
Psychiatrische Klinik Lüneburg gemeinnützige GmbH,
Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH,
Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH,
Südharz Klinikum Nordhausen gGmbH

Bundesweit einheitliche Wissenschaftliche Evaluation von Modellvorhaben nach §64b SGB V (EVA64)

Datum: 24.04.2019

Autoren:

Dr. Anne **Neumann**,M .P.H.[1],Roman **Kliemt**, M.A.[2], Dipl.-Psych. Fabian **Baum**[1],D r. rer. nat. Olaf **Schoffer**[1], Dr. rer. medic. Stefanie **March**, M.A.[3], Dipl.-Phys. Martin **Seifert**[1], PD Dr. rer. biol. hum. Enno **Swart**[3], Dr. Dennis **Häckl**[2], Prof. Dr. med. Andrea **Pfennig**, M.Sc.[4],Pro f. Dr. med. Jochen **Schmitt**,M .P.H.[1]

[1] Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

[2]WIG2 W issenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

[3] Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

[4] Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Diese Zusammenfassung ist keine vertraglich vereinbarte Leistung gemäß der Rahmenvereinbarung zur bundesweiten und einheitlichen Evaluation von Modellvorhaben nach §64b SGB V gegenüber dem Krankenkassenverbund (Auftraggeber). Die Zusammenfassung dient zur Vorbereitung des Berichts des GKV-SV an den Bundestag im Rahmen von §17d KHG (4).

1. Hintergrund und Methoden

Ein wissenschaftliches Konsortium bestehend aus der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden (Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung sowie Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie), dem Wissenschaftlichen Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG² GmbH) in Leipzig sowie dem Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMG) der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg wurde mit der bundesweit einheitlichen Evaluation von insgesamt 18 Modellvorhaben nach §64b SGB V beauftragt. Ziele der Modellverträge nach §64b sind die Implementierung und Weiterentwicklung einer verbesserten Patientenversorgung durch eine sektorenübergreifende Behandlungsplanung und –durchführung. Konkret sollen Alternativen zur vollstationären Behandlung - mit verbesserter Anpassung der Dauer und Intensität der Behandlung an den konkreten Behandlungsbedarf betroffener Versicherter - gestärkt werden, eine kontinuierliche Behandlung und Stabilisierung der Patienten unter Berücksichtigung ihres sozialen und beruflichen Umfelds erfolgen, die Akzeptanz der patientenorientierten psychiatrischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Interventionen erhöht werden sowie Leistungstransparenz und eine kosten-effektivere Verwendung der vorhandenen Mittel zur Versorgung der Versicherten erreicht werden.

In der vorliegenden Zusammenfassung wird der aktuelle Stand der Evaluation basierend auf Auswertungen der bislang vorliegenden und abgenommenen Ersten Zwischenberichte von 13 Modellkliniken sowie der bislang vorliegenden und abgenommenen Zweiten Zwischenberichte von vier Modellkliniken in kurzer Form dargelegt. Die Auswertungen der Ersten Zwischenberichte fokussieren auf einen Vergleich des 1. Modelljahres mit dem Jahr vor Einschluss in die Evaluation. Die Zweiten Zwischenberichte erlauben eine Untersuchung der patientenindividuell ersten drei Jahre ab Einschluss in die Evaluation für Patienten, die im 1. Modelljahr behandelt wurden. Es wurden Regressionsmodelle für die Zielparameter (siehe unten) berechnet und daraus Behandlungseffekte zwischen Patienten der Modellkliniken (IG) und der Kontrollkliniken (KG) im Zeitverlauf als Difference-in-Difference (DiD) abgeleitet. Die DiD-Methode erlaubt einen Vergleich der Unterschiede zwischen IG und KG im Zeitverlauf vom Zeitraum vor dem Modellstart (Präzeitraum) zum 1. Jahr nach Modellstart unter Berücksichtigung der Ausgangspositionen von IG und KG.

Basis für die vorliegende Zusammenfassung sind Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung von insgesamt 26.398 erwachsene Patienten aus 13 Modellkliniken sowie strukturähnlichen Kontrollkliniken (Erste Zwischenberichte, mit 1-Jahres-Follow-up) bzw. 9.954 erwachsene Patienten aus vier Modellkliniken sowie strukturähnlichen Kontrollkliniken (Zweite Zwischenberichte, mit 3-Jahres-Follow-up). Aufgrund der vergleichsweise geringeren Fallzahl für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) (zwei der 13 bereits untersuchten Modellkliniken, nur Erste Zwischenberichte; n=1.664) und der damit verbundenen geringeren Aussagekraft werden in der vorliegenden Zusammenfassung nur Ergebnisse für erwachsene Patienten dargestellt. Die bislang vorläufig evaluierten Modellkliniken verteilen sich über die Bundesländer Brandenburg, Hessen, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Sachsen und Thüringen. Der Beobachtungszeitraum umfasst jeweils ein Jahr ab Modellstart für die Ersten Zwischenberichte und bis zu drei Jahre ab Modellstart für die Zweiten Zwischenberichte, wobei der Modellstart für die bisher vorläufig evaluierten Modelle zwischen Januar 2013 und Dezember 2014 lag.

Vier Modellvorhaben begannen aus vorheriger Regelversorgung. Drei Modelle bauten auf einem Vertrag für Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V und sechs auf einem bereits vorbestehenden Modell zur Entwicklung pauschalierter Vergütungen nach §24 Bundespflegesatzverordnung auf. Es ist daher nicht unwahrscheinlich, dass in Kliniken mit solchen Vorläuferverträgen, in denen teils bereits eine §64b-artige Struktur gebahnt wurde, im betrachteten Präzeitraum bereits ein interventionsähnlicher Effekt wirkte. Im Hinblick auf die Interpretation der Ergebnisse ist daher zu berücksichtigen, dass in diesen Kliniken Effekte vorweggenommen werden könnten, die für die Einführung des Modellvorhabens angenommen werden. Diese Problematik ist besonders für Patienten relevant, welche bereits *vor* dem Modellstart in der betreffenden Einrichtung/Modellklinik in psychiatrischer Behandlung waren („klinikbekannte Patienten", siehe unten). Weiterhin ist zu beachten, dass voraussichtlich Modellvorhaben, die aus der Regelversorgung herausgehen, eine gewisse Zeit benötigen, um die Modellstruktur zu etablieren und Effekte für Patienten des ersten Modelljahres möglicherweise geringer ausfallen. Alle Modelle mit einem Zweiten Zwischenbericht wiesen Vorläuferverträge auf.

Um potenziell bereits existierende Effekte durch Vorläuferverträge bestmöglich von Modelleffekten zu trennen, wurde in der Evaluation daher eine Unterteilung des Patientenkollektivs in klinikneue und klinikbekannte Patienten vorgenommen: Als *klinikneu* wurden solche Patienten definiert, welche mit dem Einschluss in die Evaluationsstudie *zum ersten Mal* in der psychiatrischen Fachabteilung bzw. den jeweils angeschlossenen Bereichen (z.B. Psychiatrische Institutsambulanz) der Referenzklinik behandelt wurden (bezogen auf zwei Jahre vor Einschluss). Analog dazu wurden als *klinikbekannt* die Patienten identifiziert, welche bereits vor Einschluss in die Evaluationsstudie (bezogen auf zwei Jahre vor Einschluss) in diesen Bereichen der Referenzklinik behandelt worden waren.

Für klinikneue Patienten ist davon auszugehen, dass im Präzeitraum auch in Modellkliniken mit Vorläufervertrag noch kein interventionsähnlicher Effekt wirkte, womit anhand dieser Patienten trotz der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen der Modelle eine gemeinsame Evaluation aller Modelle ermöglicht wird. Für die klinikneuen Patienten lassen sich damit in Bezug auf die Effektivität, die psychiatrischen Versorgungskosten sowie die Effizienz der Modellversorgung gezieltere Aussagen im Hinblick auf die abgeleiteten Hypothesen treffen als für die klinikbekannten Patienten. Ergebnisse zu den klinikbekannten Patienten sind mit großer Vorsicht zu interpretieren. Neben den für einige Modelle möglicherweise vorgezogenen interventionsähnlichen Effekten kann bei klinikbekannten Patienten nicht ausgeschlossen werden, dass eine vor Modellstart in derselben Klinik begonnene Behandlung nach Modellstart unverändert gemäß Regelversorgung fortgesetzt wurde.

In der Beschreibung der Patienten mit Einschluss im ersten Modelljahr und Beobachtung über drei Jahre (Zweite Zwischenberichte) werden zusätzlich die klinikbekannten Patienten dargestellt, um u.a. Effekte durch Vorläuferverträge abschätzen zu können. Die Evaluation berücksichtigte Patienten, die im Beobachtungszeitraum aufgrund einer von 16 vordefinierten psychischen Erkrankungen[1] in einer der Modell- oder Kontrollkliniken behandelt wurden.

[1] F00: Demenz; F01: Vaskuläre Demenz; F02: Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten; F03: Nicht näher bezeichnete Demenz; F07: Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns; F10: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol; F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen; F30-F39: Affektive Störungen; F43: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen; F45: Somatoforme Störungen; F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F50: Essstörungen; F60.31: Spezifische Persönlichkeitsstörungen vom Typ Borderline; F70-F79: Intelligenzstörung; F84:

Hauptzielparameter der Evaluation sind die *kumulierte Dauer stationärer Aufenthalte* und - für die Teilgruppe der erwerbstätigen Patienten - die *kumulierte Dauer der Arbeitsunfähigkeit von Versicherten.* Diese sind gut mit Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherungen abzubilden und erlauben Aussagen hinsichtlich vorgesehener Ziele der Modellvorhaben. Die *Dauer stationärer Aufenthalte* steht als Parameter für das Teilziel einer verbesserten sektorenübergreifenden Patientenversorgung und einer Stärkung stationsäquivalenter Behandlungsmöglichkeiten. Die *Dauer der Arbeitsunfähigkeit* steht als Parameter für das Teilziel des Erhalts der sozialen Teilhabe. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass die Modellintervention zu einer Verringerung der kumulierten Dauer stationärer Aufenthalte sowie zu einer Verringerung der kumulierten Dauer von Arbeitsunfähigkeitsepisoden im Vergleich zum Vorzeitraum führen sollte. Weitere (sekundäre) Zielparameter sind *Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen*, *Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik*, *Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem*, *Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping*, *Wiederaufnahmeraten*, *Mortalität*, *Progression psychischer Erkrankungen*, *Leitlinienadhärenz*, *Patientenmix und Leistungserbringungen* sowie *Kosten*.

Über die Einzelergebnisse der 13 Ersten Zwischenberichte wurde zusätzlich eine Meta-Analyse gerechnet, um statistisch zusammengefasste oder „gepoolte“ (modellübergreifende) Effekte für diese 13 Modelle ableiten zu können. Dies war bei den Zweiten Zwischenberichten aufgrund der bisher nur vier bereits ausgewerteten Modelle nicht sinnvoll. Weitere Ausführungen zum Studiendesign und den Methoden sind im Methodenband der Berichte zu finden.

2. Ergebnisse für das erste Modelljahr über 13 Modelle

Weil davon auszugehen ist, dass die untersuchten klinikneuen Patienten im Präzeitraum nur in geringem Maße Leistungen durch andere Kliniken in Anspruch genommen haben, ist für die IG und die KG von einem Anstieg der *Dauer stationärer Aufenthalte* pro Person auszugehen. Tatsächlich nahm diese über die Zeit für alle Modelle in der IG (prä: 1,0 bis 3,8 Tage; Mittelwert: 2,0 Tage | 1. Jahr: 6,4 bis 30,0 Tage; Mittelwert: 15,6 Tage) und der KG (prä: 0,4 bis 3,6 Tage; Mittelwert: 2,2 Tage | 1. Jahr: 13,9 bis 25,9 Tage; Mittelwert: 21,3 Tage) zu. Dabei war die Dauer vollstationärer Aufenthalte im ersten Jahr nach Modellstart für elf Modelle in der IG kleiner als in der KG und für zwei Modelle in der IG größer als in der KG. Auch bei Betrachtung der DiD-Schätzung war der Anstieg der Dauer vollstationärer Aufenthalte hypothesenkonform in der IG über die Zeit signifikant geringer als in der KG. Besonders stark war der Effekt einer verringerten Aufenthaltsdauer in den Kliniken mit modellähnlichem Vorläufervertrag ausgeprägt, dagegen weniger bei solchen ohne Vorvertrag. Der gepoolte Schätzer über alle 13 Modellvorhaben betrug -5,43 vollstationäre Tage (95%-Konfidenzintervall: - 7,41; - 3,44 vollstationäre Tage). Dies bedeutet, dass über alle 13 untersuchten Modellvorhaben hinweg bei den klinikneuen Patienten der IG der Anstieg der vollstationären Behandlungstage je Patient im Schnitt ca. 5 Tage geringer ausfiel als bei der KG. **Die Ergebnisse liefern hier also erste Hinweise für eine Bestätigung der Hypothese und damit die Erreichung eines zentralen Modellziels.**

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen; F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend als Hauptdiagnose einer stationären Behandlung oder als Diagnose einer PIA-Behandlung.

Für klinikneue erwerbstätige erwachsene Patienten (n=6.863) nahm die *kumulierte Dauer der Arbeitsunfähigkeit (AU)* pro Person über die Zeit für alle Modelle in der IG (prä: 15,3 bis 33,8 Tage; Mittelwert: 20,8 Tage | 1. Jahr: 57,8 bis 83,6 Tage; Mittelwert: 67,6 Tage) und in der KG (prä: 10,3 bis 29,5 Tage; Mittelwert: 18,7 Tage | 1. Jahr: 57,4 bis 82,6 Tage; Mittelwert: 65,5 Tage) zu. Dabei war die kumulierte Dauer der AU im ersten Jahr nach Modellstart für sechs Modelle in der IG kleiner als in der KG und für sieben Modelle in der IG größer als in der KG. Entsprechend gab es für die Gruppe der klinikneuen erwachsenen Patienten über die Gesamtheit der in die Analyse eingegangenen Modelle hinsichtlich der Dauer von AU-Episoden keinen statistisch signifikanten Effekt. Auf die AU-Dauer hatte zwar fast jedes einzelne Modellvorhaben in der DiD-Schätzung einen signifikanten Effekt, die Effekte wirkten jedoch in unterschiedliche Richtungen, sodass der gepoolte Schätzer nicht signifikant wurde. **Dabei fanden sich hypothesenkonforme Effekte einer verringerten AU-Dauer eher in den Kliniken mit Vorläufervertrag.** Der gepoolte Schätzer über alle 13 Modellvorhaben betrug -0,02 AU-Tage (95% Konfidenzintervall: - 5,51; 5,47 AU-Tage).

Für die sekundären Zielparameter *Patientenanteil mit stationärem Aufenthalt, Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen, Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik, Anzahl an AU-Episoden, Komorbidität, Mortalität sowie Leitlinienadhärenz* ließen sich über die kurze Nachbeobachtungszeit noch keine Aussagen zur Modellwirksamkeit ableiten, da hier überwiegend keine signifikanten Effekte vorlagen, die Effekte teils stark streuten bzw. die festgestellten statistisch signifikanten Effekte uneinheitlich waren. Gerade die Ergebnisse zu den sekundären Zielparametern sind als nicht abschließend zu bewerten, weil den bisherigen Analysen teilweise geringe Fallzahlen und damit eine geringe statistische Aussagekraft („Power“) zugrunde lagen. Für weitere Ausführungen zu den sekundären Zielparametern siehe unten („3. Ergebnisse für die ersten drei Modelljahre über vier Modelle“).

Für die *Kosten* kann anhand der Ersten Zwischenberichte keine abschließende Aussage getroffen werden. Für klinikneue Patienten zeigte sich über den Beobachtungszeitraum bezüglich der *kumulierten psychiatrischen Versorgungskosten* über alle Modelle hinweg je Patient ein um 449,02 € geringerer, jedoch statistisch nicht signifikanter Kosteneffekt der IG gegenüber der KG im Zeitverlauf. Signifikante Effekte zeigten sich in der Gruppe der klinikneuen Patienten für die fünf Modelle, wobei drei Modelle geringere Kostenanstiege in der IG im Vergleich zur KG und in zwei Modellen höhere Kostenanstiege ergaben. Für die übrigen Modelle fanden sich keine signifikanten Kosteneffekte.

Ursächlich für die drei geringeren Kostenanstiege waren nach derzeitigem Stand eine geringere Zahl und Dauer vollstationärer und somit kostenintensiver Behandlungen in der IG gegenüber der KG. Maßgeblich verantwortlich für die zwei höheren Kosteneffekte waren durch Ausgleiche der Vorzeiträume verursachte, deutlich höhere Pflegesätze in der IG, wodurch sich bei gleicher bzw. sogar wesentlich geringerer Anzahl vollstationärer Tage dennoch höhere Kosten ergaben.

Dennoch lässt sich trotz der teilweise sehr geringen Gruppengrößen in Verbindung mit der durch einzelne Hochkostenfälle verursachten großen Streuung, der teilweise vorhandenen Verzerrung durch Budgetausgleiche sowie der beträchtlichen Heterogenität der Effekte und ihrer Richtungen ein Trend zu einer kostengünstigeren, zumindest aber gleich teuren Versorgung erkennen.

Gleiches gilt für die als Verhältnis von eingesparten vollstationären Behandlungstagen bzw. eingesparten AU-Tagen zu den Kosten von IG und KG ermittelten Effizienz. Anhand der durchgeführten

Analyse lässt sich bezogen auf das Vermeiden vollstationärer Behandlungstage für elf Modelle eine effektivere und davon für sieben Modelle zudem eine kostengünstigere Versorgung ablesen. Ein positives Outcome im Sinne vermiedener AU-Tage ergab sich für neun Modelle, wobei in sieben Modellen außerdem eine günstigere Versorgung stattfand. Mit um 82,69 € je vermiedenem vollstationären Behandlungstag eingesparten Kosten lässt anhand der vorläufigen Evaluationsergebnisse einen Trend zu einer kosteneffektiven Mittelverwendung erkennen.

3. Ergebnisse für die ersten drei Modelljahre über vier Modelle

Bei dem primären Zielkriterium kumulative *stationäre Behandlungsdauer und Anzahl stationärer Aufenthalte* aufgrund von Indexdiagnosen von klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich für alle vier Modelle ein vergleichbares Muster im Verlauf der durchschnittlichen *vollstationären Behandlungsdauer* zwischen der IG und der KG mit vergleichbar niedrigem Wert im Jahr vor Modelleinschluss (Prä-Wert), Peak im ersten patientenindividuellen Jahr und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Die Höhe des Peaks unterschied sich dabei zwischen IG und KG deutlich im ersten Jahr. Der Peak war in der IG (7,6 bis 19,1 vollstationäre Tage, Mittelwert 14,3 vollstationäre Tage) deutlich geringer als in der KG (21,1 bis 24,4 vollstationäre Tage, Mittelwert 22,7 vollstationäre Tage). Bei allen vier Modellen war das Muster der teilstationären Behandlungsdauer ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Modelljahr und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG (8,3 bis 17,6 teilstationäre Tage, Mittelwert 12,5 teilstationäre Tage) deutlich höher als in der KG (4,6 bis 6,8 teilstationäre Tage, Mittelwert 6,0 teilstationäre Tage). **Die Ergebnisse unterstreichen hier die Tendenzen für eine Bestätigung der Hypothese analog der ersten Berichte um eine Verringerung der vollstationären Behandlungstage. Weiterhin ist in den vier hier untersuchten Zweiten Zwischenberichten eine Verlagerung von vollstationären zu teilstationären Behandlungstagen ersichtlich.**

Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich in allen vier Modellen zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer über die Zeit. Dabei war die vollstationäre Behandlungsdauer über den Beobachtungszeitraum in der IG bei allen vier Modellen um durchschnittlich fünf Tage geringer als in der KG (2,9 bis 9,9 vollstationäre Tage). Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte war zwischen IG und KG bei allen Modellen vergleichbar. Jedoch wies ein Modell in der IG stets höhere Werte für teilstationäre Tage (durchschnittlich 6,5 teilstationäre Tage) im Vergleich zur KG auf mit einem Peak im ersten patientenindividuellen Jahr (9,6 mehr teilstationäre Tage in der IG im Vergleich zur KG).

Beim zweiten primären Zielkriterium *Arbeitsunfähigkeit* zeigten sich bei allen vier Modellen zwischen der IG und der KG ähnliche Muster. Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war bei drei Modellen in beiden Gruppen vergleichbar mit niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert, Peak im patientenindividuellen ersten Jahr und Stabilisierung auf einem Wert im Bereich des Ausgangsniveaus ab dem zweiten Jahr. Der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG bei zwei Modellen um ca. 13 bzw. 14 AU-Tage geringer im Vergleich zur KG und bei einem Modell in der IG um ca. 10 AU-Tage größer im Vergleich zur KG. Bei einem Modell war der Verlauf der AU-Tage über die Zeit fast identisch.

Bei den klinikbekannten Patienten verliefen die Werte für AU-Tage zwischen IG und KG parallel, wobei bei zwei Modellen die Verläufe nahezu identisch waren, bei einem Modell die IG im Vergleich zur KG ca. 5 AU-Tage weniger im ersten patientenindividuellen Jahr aufwies und bei einem Modell die IG durchschnittlich 12 AU-Tage weniger als die KG hatte.

Bei den sekundären Zielkriterien zeigten sich für die *Inanspruchnahme ambulanter Leistungen* klinikneuer Patienten über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare bzw. fast identische Muster einer leicht rückläufigen ambulanten Kontaktrate in der *Psychiatrischen Institutsambulanz* (*PIA)* aufgrund Indexdiagnose. Zu beachten gilt jedoch, dass die Intensität der PIA-Kontakte mit den vorliegenden Routinedaten nur bedingt einzuschätzen ist.

Auch das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei lag die IG hier im Durchschnitt aller Patienten in zwei Modellen mit ca. 1,5 bis 2 Kontakten unter dem Niveau der KG und ein Modell mit ca. 1,5 Kontakten über dem Niveau der KG. Bei einem Modell entwickelten sich die Verläufe der Kontakte bei einem *anderen Vertragsarzt* mit Indexdiagnose parallel zwischen IG und KG, jedoch hatte die IG in jedem untersuchten Jahr jeweils ca. 3 Kontakte pro Patient mehr im Vergleich zur KG.

Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich in drei Modellen keine relevanten Unterschiede in der durchschnittlichen Anzahl der *PIA*Kont akte mit nahezu gleichen durchschnittlichen PIA-Kontakten (zwei Modelle) über die Zeit bzw. leichtem Rückgang der Anzahl der PIA-Kontakte über die Zeit (ein Modell). Bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* zeigten sich auch vergleichbare Muster über die Zeit zwischen IG und KG in allen vier Modellen. Dabei lag bei einem Modell die IG hier im Durchschnitt aller Patienten ca. 2 Kontakte pro Patient über dem Niveau der KG.

Bei dem Zielkriterium *Behandlungskontinuität* zeigten sich sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten bei allen Modellen keine deutlichen Veränderungen im Zeitverlauf und zwischen den Gruppen, abgesehen von Schwankungen innerhalb des Streuungsbereichs. Bei einem Modell stieg die Kontinuität eines ambulanten Kontakts innerhalb von 30 und 90 Tagen nach Krankenhausaufenthalt bei klinikbekannten Patienten. Dieser Anstieg verlief in der IG und der KG analog.

Vom *Arzt- und Krankenhaushopping* sind in allen vier untersuchten Modellen nur wenige betroffen. Die Muster verliefen zwischen IG und KG identisch mit wenig Veränderung über die Zeit. Auch das Zielkriterium *Komorbidität* war zwischen IG und KG bei allen vier Modellen vergleichbar bzw. nahezu identisch.

Bei dem Zielkriterium *Progressionsrate* zeigten sich bei allen untersuchten vier Modellen vergleichbare Muster. Dabei war bei einem Modell ein deutlicher Niveauunterschied mit geringerer Progression zu schweren bzw. rezidivierenden depressiven Störungen in der IG gegenüber der KG für klinikneue Patienten festzustellen.

Bei den weiteren sekundären Parametern Wiederaufnahme (Zeitreihenbetrachtung nicht zweckmäßig), *Mortalität* (geringe absolute Werte) und *Leitlinienadhärenz (oder leitlinien-nahe*

Behandlung) (geringe Fallzahlen bzw. mit Routinedaten nur bedingt abbildbar) zeigten sich keine systematischen Unterschiede zwischen IG und KG.

Die Kosten der psychiatrischen Versorgung klinikneuer Patienten zeichneten im Längsschnitt über vier Jahre (ein Jahr vor und drei Jahre nach Interventionsbeginn) folgendes Bild: sowohl in der IG als auch in der KG lagen die Kosten im Präzeitraum auf einem geringen Niveau, stiegen im ersten Jahr deutlich an und fielen anschließend auf ein auf ca. das Doppelte der Kosten des Präzeitraumes liegendes Niveau ab. Im gepoolten Mittel ergaben sich je Patient im Präzeitraum in der IG ($\bar{x}_{gepoolt}$ = 985,83 €; $\bar{x}_{min}$ = 644,22 €; $\bar{x}_{max}$ = 1400,58 €) um 221,73 € geringere psychiatrische Behandlungskosten gegenüber der KG ($\bar{x}_{gepoolt}$ = 1207,56 €; $\bar{x}_{min}$ = 767,39 €; $\bar{x}_{max}$ = 1456,93 €). Für das erste Jahr nach Interventionsbeginn stiegen die Kosten in der IG im Mittel auf 7.106,97 € ($\bar{x}_{min}$ = 5.652,95 €; $\bar{x}_{max}$ = 8.682,95 €) und in der KG auf 7.048,04 € ($\bar{x}_{min}$= 6.111,56 €; $\bar{x}_{max}$= 7.904,29 €).

Dem entgegengesetzt zeigte sich bei den klinikbekannten Patienten ein paralleler Kostenverlauf mit einem bereits im Präzeitraum in beiden Gruppen hohen Ausgangsniveau, das im ersten Jahr nach Interventionsbeginn minimal anstieg und anschließend auf ca. 70% des Präniveaus fiel. Dabei waren in der IG im gepoolten Mittel sowohl im Präzeitraum ($\bar{x}_{IG}$ = 5.508,80 €; $\bar{x}_{KG}$ = 5.973,52 €) als auch im ersten Jahr nach Interventionsbeginn ($\bar{x}_{IG}$ = 5.873,08 €; $\bar{x}_{KG}$ = 6.159,13 €) sowie in den zwei darauffolgenden Nachbeobachtungsjahren geringere psychiatrische Versorgungskosten zu verzeichnen.

Die Kosteneffektivität wurde für die vier Modelle der Zweiten Zwischenberichte für die Patienten, deren Interventionsbeginn im dritten Jahr nach Modellbeginn lag, ausgewiesen. Bezogen auf den Parameter der vollstationären Behandlungstage zeigte sich ein um 6,5 Tage geringerer Anstieg vollstationärer Tage in der IG gegenüber dem der KG. Zudem stiegen die Kosten der IG um 262,65 € weniger als die der KG. Somit ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -40,67 €, d. h. es wurden je zusätzlich vermiedenem vollstationären Behandlungstag 40,67 € eingespart.

4. Fazit

Diese Zusammenfassung gibt einen Überblick über die bisherigen Ergebnisse der Modelle im Rahmen der Evaluation EVA64 und liefert eine gesamtheitliche Bewertung hinsichtlich der erwarteten Effekte. Dabei ist zu beachten, dass hier zum einen auf Ergebnisse der ersten 13 von insgesamt 18 Ersten Zwischenberichte mit Fokus auf klinikneue Patienten zurückgegriffen wird, welche das erste Jahr nach Modellstart betrachten. Zum anderen werden vier von insgesamt 18 Zweiten Zwischenberichten zusammenfassend dargestellt. Daher können auf Basis der bisher vorliegenden Daten nur vorläufige Aussagen zu den Hypothesen getroffen werden. Für eine abschließende Bewertung ist die Betrachtung aller Modelle mit mehrjährigen Nachbeobachtungszeiträumen notwendig.

Bezüglich der *Dauer stationärer Aufenthalte* ist abzuleiten, dass es Hinweise zur Bestätigung der aufgestellten Hypothese einer verringerten Aufenthaltsdauer in Modellkliniken gegenüber der Kontrollgruppe gibt. Der gepoolte Schätzer bei der Betrachtung des jeweils ersten Jahres bei den 13 Ersten Zwischenberichten gibt an, dass bei den klinikneuen Patienten der Modellkliniken der Anstieg der vollstationären Behandlungstage im Schnitt ca. 5 Tage geringer ausfiel im Vergleich zu den jeweiligen Kontrollgruppen. Das beschriebene zeitliche Muster bei der Untersuchung der ersten drei Jahre nach Einschluss in die Evaluation weist darauf hin, dass die Einführung der Modellprojekte bei

den vier Modellvorhaben der Zweiten Zwischenberichte besonders im patientenindividuellen ersten Jahr nach Modellstart verkürzend auf die vollstationäre Behandlungsdauer gewirkt hat und stattdessen zu längeren Behandlungszeiten im teilstationären Bereich geführt haben. Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter Kontakte zwischen beiden Gruppen können die gefundenen Effekte in der vollstationären Behandlungsdauer nicht bzw. nicht vollständig erklären. Weiterhin kann die Inanspruchnahme in der PIA mit Routinedaten nur bedingt abgebildet werden, da die Inhalte und Intensität der PIA-Kontakte mit den vorliegenden Daten nicht vollständig abbildbar sind. Es scheint also in den vier bisher untersuchten Modellen mit Zweiten Zwischenberichten in der Modellklinik vornehmlich eine Umsteuerung vom vollstationären auf den teilstationären Bereich zu geben. Zu beachten ist jedoch, dass die vier hier untersuchten Modellkliniken ausschließlich aus Schleswig-Holstein kommen und einen Vorläufervertrag aufweisen. Die Muster in den anderen Modellkliniken können abweichen und müssen noch untersucht werden.

Bezüglich der klinikbekannten Patienten, weist das bereits im Präzeitraum ersichtliche unterschiedliche Niveau der vollstationären und teilstationären Behandlungstage darauf hin, dass die Vorverträge in den vier hier beschriebenen Modellkliniken der Zweiten Zwischenberichte schon vor der Einführung des Modellprojektes nach §64b SGB V auf eine geringere vollstationäre und eine erhöhte teilstationäre Behandlungsdauer wirkten.

Beim Zielparameter *Arbeitsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten* wurden für die einzelnen Modelle der 13 Ersten Zwischenberichte zumeist signifikante Effekte gefunden. Die Richtung der Effekte war dabei jedoch sehr unterschiedlich. Dabei wurde besonders bei Modellen mit Vorläufervertrag ein hypothesenkonformer Effekt im Sinne einer reduzierten Arbeitsunfähigkeitsdauer festgestellt. Dies kann möglicherweise daran liegen, dass Vorläufermodelle die Umstellung der Behandlung auf Modellbedingungen erleichtern, sodass Modelleffekte bei Kliniken mit Vorläufervertrag schneller zum Tragen kommen als bei Kliniken ohne Vorvertrag. Bei den vier Zweiten Zwischenberichten ließen sich auch Tendenzen in unterschiedliche Richtungen erkennen, so dass hier noch keine abschließende Beurteilung möglich ist. Für diesen Parameter muss einschränkend erwähnt werden, dass die Arbeitsfähigkeit und ggf. die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt von psychisch Erkrankten nur bis zu einem gewissen Grad beeinflusst werden kann. Der Arbeitsmarkt für diese Patienten unterliegt vielen verschiedenen Faktoren, die durch eine veränderte Behandlung nur teilweise geleitet werden können.

Die weitgehende Vergleichbarkeit der Muster der weiteren Zielparameter zeigt, dass die Qualität der Behandlung zwischen IG und KG vergleichbar ist und somit trotz der Einsparung von vollstationären Behandlungstagen keine Verringerung der Qualität ersichtlich ist, soweit das mit Routinedaten zu beurteilen ist. Weiterhin ist jedoch anzumerken, dass die Abbildung einiger sekundärer Zielkriterien (z.B. Leitlinienadhärenz oder Progression der psychischen Erkrankung) mit Routinedaten nur eingeschränkt aussagekräftig sind. Studien mit direkter Datenerhebung am Patienten, wie bspw. „PsychCare“, werden bezüglich der Versorgungsqualität zusätzliche wichtige Erkenntnisse liefern.

Eine abschließende übergreifende Bewertung bezüglich der Kosten ist derzeit noch nicht möglich. So lassen sich neben der insgesamt hohen Heterogenität der Effekte auf Modellebene in einigen Modellvorhaben Preiseffekte erkennen, bei denen Ausgleichszahlungen aus dem Zeitraum vor Modellbeginn die Kosten des ersten Jahres beeinflussen. Das Herausrechnen der Ausgleichszahlungen ist jedoch unter der momentan verwendeten Methodik nicht möglich. Für die Abschlussberichte ist

eine Anpassung der Methodik geplant, um diese Verzerrungen adäquat zu berücksichtigen. Eine Aussage zur Kosteneffektivität ist für das erste Jahr nach Modellbeginn aus genannten Gründen ebenfalls nur sehr eingeschränkt möglich.

Bei den vier Schleswig-Holsteiner Modellen, für die auch die Kohorte der Patienten, deren Interventionsbeginn im dritten Modelljahr lag, berücksichtigt werden konnten, lassen sich allerdings etwas sicherere Aussagen treffen, da hier die ausgleichsinduzierten Preiseffekte nicht mehr in so großem Maß wirken bzw. über die Entgeltsystematik herausgerechnet werden können. So zeigten sich im gepoolten Mittel der vier Modelle eine kostengünstigere Versorgung und eine geringere Anzahl vollstationärer Behandlungstage und somit eine kosteneffektive Verwendung der Mittel. Es muss jedoch einschränkend erwähnt werden, dass zwar in allen vier Modellen weniger vollstationäre Behandlungstage anfielen, die Kosten jedoch heterogener verteilt waren: so ließen sich in zwei Modellen geringere und in zwei Modellen höhere Versorgungskosten verzeichnen. Da sich aber lediglich für die Modelle mit geringeren Kosten statistische Signifikanz ergab, kann jedoch insgesamt von einem Trend zur kostengünstigeren und kosteneffektiveren Versorgung ausgegangen werden.

Anhang 3

zum gemeinsamen Bericht von GKV-Spitzenverband, PKV und DKG
zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 4 Satz 8 KHG
vom 28.06.2019

- **Evaluationen aus der Perspektive der Krankenhäuser zu den Modellprojekten gemäß § 64b SGB V**

Evaluationen der Krankenhäuser zu den Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Neben der unter Abschnitt 5.5 dargestellten wissenschaftlich unabhängigen und gesetzlich vorgeschriebenen Evaluation gemäß § 65 SGB V im Auftrag der Krankenkassen und ihrer Verbände (EVA64), die hauptsächlich auf der Analyse vorliegender Routinedaten basiert, gibt es eine Reihe weiterer Forschungsvorhaben, die eine Evaluation der Modellversorgung nach §64b SGB V aus Perspektive der Krankenhäuser anstreben. Nachfolgende aufgeführte Ausführungen der einzelnen Forschungsvorhaben basieren auf Rückmeldungen der Krankenhäuser, welche die DKG gesammelt hat und als Auszug darstellt.

Die aufgeführten Studien nähern sich auf jeweils eigene Weise dem Forschungsgegenstand und der zentralen Forschungsfrage – welche Veränderungen ergeben sich für den Versorgungsalltag durch die Umstellung eines Finanzierungsmodells durch tagesgleiche Pflegesätze hin zu einer Finanzierung über ein Budget. Sie haben jeweils eigene methodologische Vor- und Nachteile. Die Studien sind sehr heterogen in ihren Zielkriterien, Datenquellen, methodischen Zugängen und Laufzeiten. Durch diese unterschiedlichen Zugänge bildet jede Studie nur einen bestimmten Ausschnitt der Wirklichkeit ab. Einige dieser Studien sind bereits abgeschlossen, andere haben eine Laufzeit über den Juni 2019 hinaus.

Erst in ihrem Zusammenspiel der Darstellung entsteht ein plastisches Bild von den vielfältigen Effekten und Umstrukturierungen, die durch die Umstellung in eine budgetierte Abrechnungsform erreicht werden können. Im Grunde ist es hierfür notwendig, neben den Evaluationen der Modellprojekte gemäß § 64b SGB V, auch die Ergebnisse zu den teilweise zeitlich überschneidenden Studien zu den Regionalbudgets in die Gesamtschau einzubeziehen.

Evaluation Hedwig-Kliniken in Berlin

H ntergrund: Seit 2014 besteht ein Selektivvertrag mit Barmer GEK; das entspricht ca. 14% der Patienten der Hedwig Kliniken (Psychiatrische Universitätsklinik im St. Hedwig-Krankenhaus und Klinikum Hedwigshöhe)

Umsetzung und Laufzeit

a) Unabhängige Routinedatenanalysen durch Prof. Kuhlmey (ISMR Charité) 2014-fortlaufend
b) Krankenhausinterne Auswertung der Routinedaten mit Fokus auf Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Erste Evaluation abgeschlossen. Folgestudie aktuell laufend bis Februar 2019.
c) Krankenhausinterne Auswertung der Routinedaten mit Fokus auf das Erleben von Zwang aktuell und die therapeutische Beziehung – Laufzeit bis März 2019.

Ziele und Hypothesen:

ad a) Studienziel: Evaluation der psychiatrischen Versorgung in den Alexianer St. Hedwig Kliniken sowie in anderen psychiatrischen Kliniken in Berlin ein Jahr vor Einführung bis drei Jahre nach Einführung des Modellprojektes nach § 64b SGB V (Beginn 01.01.2014) anhand von Routinedaten der BARMER aus dem Versorgungszeitraum 01.01.-31.12.2017.
Hypothese 1: Wenn Patienten im Modellprojekt nach § 64 b SGB V an den Alexianer St. Hedwig Kliniken in Berlin versorgt werden, dann ist der Anteil der stationär Versorgten geringer im Vergleich zu Patienten in der Regelversorgung.
Hypothese 2: Wenn Patienten im Modellprojekt nach § 64 b SGB V an den Alexianer St. Hedwig Kliniken in Berlin versorgt werden, dann sind Rezidivquoten/ Wiederaufnahme (unterschieden nach Krankheitsbildern) geringer im Vergleich zur Regelversorgung.

ad b) Studienziel: Ziel der Untersuchung ist, die Auswirkungen der Behandlung im Modellprojekt auf das Vorkommen von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen zu untersuchen. Bis jetzt sind diese potentiellen Effekte wenig untersucht worden.
Hypothesen: Die Behandlung im Modellprojekt führt zu einer Reduktion der Anzahl und Dauer der Unterbringungen nach PsychKG und BGB. Die Behandlung im Modellprojekt führt zu einer Reduktion der Anzahl und Dauer von Fixierungen und Isolierungen.

ad c) Studienziel: Die Studie dient der Untersuchung der Auswirkungen der Behandlung im Modellprojekt auf das Erleben von Zwang und die therapeutische Beziehung.
Hypothesen: Die Behandlung im Modellprojekt führt trotz ihres engmaschigen und intensiven Charakters nicht zu einem erhöhten Erleben von Zwang. Die Behandlung im Modellprojekt geht nicht mit einem vermehrten Erleben von Druckmitteln einher. Die Behandlung im Modellprojekt führt zu einer besseren therapeutischen Beziehung im Vergleich mit anderen ambulanten Behandlungsformen.

Design und Methoden

ad a) Prospektive kontrollierte Kohortenstudie mit Sekundärdatenerhebung: Abfrage der Krankenkassenroutinedaten unter Berücksichtigung der Leistungserfassung und Qualitätsindikatoren nach §21 oder „21 plus“ sowie von Kennzahlen.

ad b) 1. Teil: Retrospektive Auswertung der Routinedaten. Vergleich von Daten der PatientInnen im Modellprojekt 2 Jahre vor und nach deren Einschluss ins Modellprojekt (Jahre 2014, 2015 und 2016). Statistische Auswertung der Anzahl und Dauer der Unterbringungen, Anzahl und Dauer der Fixierungen und Isolierungen. 2. Teil: Fortsetzung der Evaluation. Vergleich von drei unterschiedlichen ambulanten Settings (Modellprojekt, PIA und PIA-Flex (PIA Behandlung aus den Akutstationen)). Vergleich der Daten über Zwangsmaßnahmen 2 Jahre vor und nach erstem ambulantem Kontakt mit einer der Ambulanzen.

ad c) Befragung von PatientInnen zwischen 18 und 65 Jahre mit der Diagnose einer psychotischen Erkrankung in drei ambulanten Behandlungskontexten (Modellprojekt, PIA und PIA-Flex) bzgl.

deren Erleben von Zwang, der erlebten Druckmittel, der therapeutischen Beziehung und deren Erleben der verschiedenen ambulanten Kontakten. Ca. 200 PatientInnen sollen insgesamt befragt werden.

Z ntrale Ergebnisse
ad a) Zweiter Zwischenbericht des IMSR liegt vor.

ad b) Die erste Untersuchung zeigte, dass nach dem Einschluss ins Modellprojekt die Anzahl der vorläufigen Unterbringungen nach PsychKG, die Dauer der Unterbringungen nach PsychKG und der Anteil der von Fixierungen betroffenen PatientInnen signifikant reduziert werden konnten.

ad c) Noch keine Ergebnisse vorliegend.
Schlussfolgerungen: Das Modellprojekt kann wesentlich zu der Vermeidung von Zwang im psychiatrischen Hilfesystem beitragen. Daten über Zwangsmaßnahmen und Unterbringungen sollten als Endpunkte in die Evaluation der Modellprojekte einbezogen werden.

Publikationen

- Wullschleger, A., Berg, J., Bermpohl, F., & Montag, C. (2018). Can "Model Projects of Need-Adapted Care" Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? *Frontiers in psychiatry*, *9*, 168. doi:10.3389/fpsyt.2018.00168

Evaluation Marienhospital Hamm
H ntergrund: Seit 2014 ist in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Marienhospitals in Hamm ein Modellvertrag nach §64b SGBV mit allen Krankenkassen abgeschlossen.

Umsetzung und Laufzeit: Lehrstuhl für Psychiatrie, Universität Witten/ Herdecke. Erhebungszeitraum 2016-2018.

Z le und Hypothesen: Untersuchung, ob sich die Behandlungskontinuität zwischen Modell- und Kontrollklinik unterscheide und auf die Behandlungsergebnisse auswirkt.

D sign und Methoden: Prospektive Kohortenstudie über einen Beobachtungszeitraum von 20 Monaten. Untersucht werden die Behandlungskontinuität (fortlaufende Dokumentation der behandelnden Therapeuten und des Behandlungsteams pro Patient und Behandlungsepisode), Dokumentation der Medikation, der freiheitsentziehenden Maßnahmen, der Wiederaufnahmen und (teil-)stationären Behandlungstage; Psychopathologie und Schwere der Erkrankung (BPRS, CGI, HoNOS), soziales Funktionsniveau (GAF), Veränderung der Symptomatik (SCL 90), Lebensqualität (WHOQOL-BREF, EQ-5D), Behandlungszufriedenheit (VSSS, ZUF-8), Empowerment (EPAS), Qualität therapeutische Beziehung (STAR), Inanspruchnahme Versorgung (CSSRI), Zufriedenheit Angehörige (ZUF-A-7), Zufriedenheit Mitarbeitende (HPH).

EvaMod64b

H ntergrund: Die Ausschreibung der Krankenkassen zum Thema Evaluation Modellversorgung nach §64b beruht auf einer Routinedatenanalyse. Um auch Erfahrungen und Bewertungen der Modellversorgung durch Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden abzubilden, hat sich ein Konsortium aus 9 Klinikträgern, die Modellversorgung nach §64b SGB V umsetzen, und anderen Forschungseinrichtungen gebildet, um eine eigene Evaluation zu finanzieren und organisieren.

Umsetzung und Laufzeit: Das Evaluationsprojekt EvaMod64b lief in den Jahren 2016 und 2017. Es wurde durch die Medizinische Hochschule Brandenburg, Charité Universitätsmedizin Berlin, das Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen und das Forschungsinstitut SOCIUM in Bremen umgesetzt. Die beteiligten Fachabteilungen/ Auftraggeber der Studie waren: Vivantes Kliniken Berlin (Kreuzberg, Friedrichshain und Neukölln), Südharz Klinikum Nordhausen (KJP und EP), Kreiskrankenhaus Rudolf Virchow Glauchau, Westküstenkliniken Heide, Psychiatrische Klinik Lüneburg, Psychosoziales Zentrum Itzehoe, Imland Klinik Rendsburg/ Eckernförde, Vitos Klinikum Riedstadt (KJP und EP).

Ziele und Hypothesen: Ziele der Studie waren die Evaluation der Patienten-, Angehörigen- und Mitarbeiterbezogenen Erfahrungen und Bewertungen der Modellversorgung nach §64b SGBV in Fachabteilungen sowohl der Erwachsenen-, als auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Design und Methoden: Auf Grund des eingeschränkten Budgets und Zeitkontingentes wurden keine Kontrollkliniken einbezogen. Jedoch erfolgte in jeder Studienklinik eine systematische Evaluation des Implementierungsstands, so dass ein Vergleich der Fachabteilungen untereinander möglich wurde (unterschiedliche Kontextbedingungen Laufzeiten der Modellversorgung etc.). Zur Evaluation wurde ein gemischter Ansatz gewählt, um möglichst unterschiedliche Erfahrungsaspekte erfassen zu können. Es erfolgten:

- eine standardisierte Befragung von Patienten und Mitarbeitern mit Hilfe eines dafür entwickelten, validierten Fragebogen (SEPICC)
- eine qualitative Erhebung bei Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern mit Hilfe von Fokusgruppen, Experteninterviews und Forschungstagebüchern
- eine Erhebung von Struktur- und Routinedaten
- eine Empirie-gestützte Theoriearbeit (Grounded Theory Methodologie) zur Entwicklung spezifischer Merkmale der Modellversorgung nach §64b SGB V

Zentrale Ergebnisse: Von 13 Fachabteilungen (10 EP, 3 KJP) waren 3 Fachkrankenhäuser und 9 psychiatrische Abteilungen im Allgemeinkrankenhaus; die Fachabteilungen versorgen mit 51 – 420 Betten Versorgungsregionen mit 85.000 – 425.000 Einwohner. Die Modellversorgung ist in 8 Fällen mit allen Kassen und in 5 Fällen mit einzelnen Kassen unter Vertrag. 45% der Fachabteilungen haben Erfahrungen mit Vorläufermodellen, wie zum Beispiel mit dem RPB. Insgesamt wurden

383 Patienten und 585 Mitarbeitende standardisiert befragt und qualitative Erhebungen bei 63 Patienten, 35 Angehörigen und 138 Mitarbeitern umgesetzt.

Die empiriegestützte Theoriearbeit mit Hilfe der Grounded-Theorie Methodologie ergab elf für die Modellversorgung spezifische Merkmale. Diese beschreiben das Charakteristische der Modellversorgung nach §64b-SGB V (Theoriemodell). Sie bildeten die Grundlage für die Entwicklung der Erhebungsinstrumente für die standardisierten und qualitativen Erhebungen. Außerdem erlaubten sie eine Einstufung der beteiligten Modellprojekte (Gesamtscore Implementierungsgrad) und dadurch die Kontextualisierung der Ergebnisse sowie die Vergleichbarkeit der Kliniken untereinander (Prozessevaluation).

Die Durchdringung der Abteilungen mit modellspezifischen Merkmalen ist sehr unterschiedlich (Einstufung des Implementierungsgrades anhand der elf o.g. Merkmale). Besonders Abteilungen, die schon Vorläufermodelle umgesetzt haben, weisen eine hohe Durchdringung auf. Verschiedene Herausforderungen bei der Implementierung sind in vielen Modellprojekten ähnlich und betreffen die Veränderungen von Therapiekonzepten, veränderte Prozesse der Arbeitsorganisation, neu erforderliche Kompetenzen und die Veränderungen von baulichen Strukturen.

Die Erfahrungen mit modellspezifischen Merkmalen (= wahrgenommene Implementierung) ist bei den befragten Patienten relativ hoch (Mittel: 3,75/ STD: 1.88). Sie ist besonders dann hoch, wenn die befragten Patienten berufstätig sind (p=0,0112), wenn sie eine Ausbildung durchlaufen haben (P= 0,0124) und wenn sie lange erkrankt sind (p=0,0001). Außerdem korrelieren die Erfahrungen mit modellspezifischen Merkmalen bei den Patienten mit dem Implementierungsgrad (eingestufte Implementierung): Je höher die Klinik eingestuft ist, umso mehr Veränderungen nehmen die Patienten wahr. Dabei ist das Merkmal III (Behandlerkontinuität) besonders entscheidend dafür, ob modellspezifische Umstrukturierungen von den Patienten wahrgenommen werden.
Auch die Bewertung der modellspezifischen Veränderungen fällt bei den befragten Patienten insgesamt hoch aus (Mittel: 2,65/ SD: 0.67). Auch hier gilt: Je besser ein Modellprojekt implementiert wurde (eingestufte Implementierung) und je mehr Erfahrungen damit gesammelt werden (wahrgenommene Implementierung), umso positiver bewerten die Patienten diese Veränderungen. Außerdem korrelieren die Erfahrungen und Bewertungen der Patienten mit der Glaubwürdigkeit des Aussageverhaltens.

Die mitarbeiterbezogenen Hauptergebnisse zeigen, dass die modellspezifischen Veränderungen v.a. von den ärztlich-psychologischen Berufsgruppen wahrgenommen und positiv bewertet werden. Die Berufsgruppe der Pflege ist skeptischer und nimmt Veränderungen auch weniger wahr. Die Akzeptanz der Umstrukturierungen wird dabei durch Schulungen deutlich erhöht. Die Auswirkungen der Modellversorgung auf die Patienten werden von allen Berufsgruppen gleichermaßen als vorrangig positiv eingeschätzt. Vor allem die Pflege beschreibt eine Aufwertung der eigenen Berufsgruppe durch die modellspezifischen Umstrukturierungen.

Schlussfolgerungen: Die budgetäre Abrechnungsform hat in den untersuchten Fachabteilungen zu ähnlichen Veränderungen der Versorgungspraxis geführt, die sich mit Hilfe eines festen Satzes von 11 Merkmalen gut beschreiben und quantifizieren lassen (=Implementierungsgrad). Diese Veränderungen werden von den Patienten in Abhängigkeit von ihrer Ausprägung gut wahrgenommen und im Mittel positiv bewertet. Das Merkmal Behandlerkontinuität hat in diesem Zusammenhang eine hohe Relevanz. Die Mitarbeiter sind, je nach Berufsgruppe, unterschiedlich gut informiert über die modellspezifischen Umstrukturierungen und schätzen diese auch unterschiedlich positiv ein.

Publikationen:

- Ignatyev, Y., Timm, J., Heinze, M., Indefrey, S., von Peter, S. (2017). Development and Preliminary Validation of the Scale for Evaluation of Psychiatric Integrative and Continuous Care (SEPICC) – patient's version. Frontiers Public Health, Vol. 8, Article 182
- von Peter, S., Ignatyev, Y., Indefrey, S., Johne, J., Schwarz, J., Timm, J., Heinze, M. (2017) Spezifische Merkmale zur Einstufung der Modellversorgung nach §64b SGB V. Nervenarzt: ;89(5):559–564. doi: 10.1007/s00115-017-0459-z.
- von Peter, S., Johne, J., Schwarz, J., Timm, J., Heinze, M., Ignatyev, Y. (2018). Evaluation of new flexible and integrative psychiatric treatment models in Germany – assessment and preliminary validation of specific program components. BMC Psychiatry, 18:278 https://doi.org/10.1186/s12888-018-1861-1
- Hauptpublikation Frontiers, gerade im Review

PsychCare

H ntergrund: Aufbauend auf den Vorläuferstudien Eva64 und EvaMod64 haben sich beide Konsortialgruppen in der vom Innovationsfonds geförderten Studie PsychCare zusammengeschlossen, um die Evaluation von Modellprojekten nach §64b SGB V sowohl kontrolliert, d. h. unter Einbeziehung strukturähnlicher Kontrollkliniken, durchzuführen, als auch gleichzeitig quantitative Primär- und Sekundärdaten mit qualitativen Patienten-, Angehörigen- und Mitarbeiterseitigen Erfahrungen zusammenzuführen.

Umsetzung und Laufzeit: Das Projekt wird seit Mitte 2017 durch die Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden, dem Wissenschaftlichen Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG² GmbH) in Leipzig dem Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMG) der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg sowie der Medizinischen Hochschule Brandenburg umgesetzt. Die Erhebungen finden seit Februar 2018 in 10 Modell- und 8 strukturähnlichen Kontrollkliniken und unter Beteiligung der AOK Hessen, AOK Niedersachsen, AOK Plus, KKH und TK statt.

Ziele und Hypothesen: PsychCare hat zum Ziel, den Nutzen, die Kosten und die Effizienz von Modellprojekten nach &64b SGB V aus Sicht von Patienten, Angehörigen und Behandlern im Vergleich zur Regelversorgung zu untersuchen. Primäre Zielparamater sind dabei Unterschiede in der Le-

bensqualität und Behandlungszufriedenheit zwischen Patienten der Modell- und Regelversorgung nach einem Untersuchungszeitraum von 15 Monaten sowie Veränderungen der Symptombelastung, beruflichen Integration, Recovery, Zufriedenheit mit klinischen Entscheidungsprozessen, Angehörigenbelastung und direkten und indirekten Kosten.

Design und Methoden: Es wird ein kontrolliertes, prospektives multizentrisches Kohortendesign mit Vergleich von Patienten in Kliniken mit Modellversorgung und Regelversorgung durchgeführt. Bestandteil dieser Analysen sind:

- Primärdatenerhebung unter Nutzung von Patienten-orientierten Outcomes (Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit, erlebtes Recovery, Zufriedenheit mit Entscheidungsprozessen, Symptombelastung)
- Qualitative Erhebungen und Prozessevaluation unter Nutzung eines partizipativer Forschungsansatzes
- Gesundheitsökonomische Analysen:
    - Ressourcenverbrauch zur Ermittlung entstehender Kosten aus gesellschaftlicher Perspektive
    - Kosteneffektivität: Kosten-Nutzen-Analyse im Vergleich zwischen Modell- und Regelversorgung
- Sekundärdatenanalyse mit individuellem Datenlinkage
- Entwicklung von Qualitätsindikatoren für eine sektorübergreifende, kontinuierliche und patientenzentrierte Versorgung

Ergebnisse: Die Rekrutierung und Baseline-Untersuchung werden im März 2019 abgeschlossen sein. Die Follow up Untersuchungen 9 bzw. 15 Monate nach Studieneinschluss haben sukzessive begonnen und werden Mitte 2020 abgeschlossen sein. Der Entwicklungsprozess der Qualitätsindikatoren ist parallel gestartet. Die Konsentierung im Delphi-Prozess wird bis Mai 2019 abgeschlossen, um die Anwendbarkeit im Rahmen des letzten Follow up zu überprüfen.

Anhang 4

zum gemeinsamen Bericht von GKV-Spitzenverband, PKV und DKG
zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 4 Satz 8 KHG
vom 28.06.2019

- **Anschreiben an die Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik vom 09.04.2019 zum Stellungnahmeverfahren**

elektronischer Form

Dezernat-VII@dkgev.de

In Vertretun

Anja Röske

Anhang 5

zum gemeinsamen Bericht von GKV-Spitzenverband, PKV und DKG
zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 4 Satz 8 KHG
vom 28.06.2019

- **Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik**

Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e.V.
Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen

Holger Höhmann
Fachgruppenvorsitzender

LVR-Klinik Langenfeld · Kölner Straße 82 · 40764 Langenfeld

Telefon 02173 1021000
Telefax 02173 1021009
E-Mail holger.hoehmann@lvr.de
Internet www.vkd-online.de

Stellungnahme

Unser Zeichen Holger Höhmann/Nig.
Datum 02.05.2019

Stellungnahmen der Fachgruppe Psychiatrische Einrichtungen im VKD für den Bericht § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Auswirkungen des neuen Entgeltsystems (PEPP)

Transparenzgewinn

PEPP im tagesklinischen Bereich:
Zur Abbildung der allgemeinpsychiatrischen tagesklinischen Leistung werden insgesamt drei PEPP angesprochen, die in sich keine Erlösdifferenzierung aufweisen, da 90% aller abgerechneten Tage in einer PEPP abgebildet werden! Somit bildet sich die tagesklinische Arbeit in einem starren Tagessatz, der sich nur durch den krankenhausindividuellen Basisentgeltwertunterscheidet.
In der KJP werden nur noch zwei PEPPs genutzt, die auch keine Differenzierung aufweisen. Somit stehen zwei Fachgebieten im TK-Bereich nur fünf PEPPs zur Verfügung, um ihre Leistung abzubilden. Real werden davon aber nur drei PEPPs genutzt. Zudem finden die unterschiedlichen Formen der tagesklinischen Versorgung keine Berücksichtigung. Hier kann sicherlich nicht von einem Transparenzgewinn gesprochen werden.

PEPP im vollstationären Bereich Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie:
Es werden 37 bewertete und unbewertete PEPPs mit unterschiedlichen Vergütungsklassen je nach Verweildauer genutzt. Hiervon sind in drei PEPPs (PA02C, PA03B und PA04C) nahezu 50% aller Berechnungstage abgebildet. Kumulativ betrachtet sind mit neun PEPPs 80% der Tage und mit 14 PEPPs 90% der Tage im PEPP-System abgebildet. Dies entspricht auch eher einer Informationsreduktion.

Gesundheits- und Krankenpflege:
Mit dem PEPP-System ist es dem InEK nicht gelungen die Pflege und ihre Belastungen abzubilden. Die Ressourcen der größten Berufsgruppe konnten nicht als Kostentrenner identifiziert werden. Hieraus entsteht die Gefahr, ähnlich wie im DRG-System, dass die Pflege keine ausreichende Berücksichtigung im Abrechnungssystem findet.

Angebotsdiskussion mit den Kostenträgern im PEPP-System:
Auf der örtlichen Verhandlungsebene mit den Kostenträgern spielen die einzelnen Bestandteile der E1-E3 praktisch keine Rolle. Es wurde bisher seit Einführung des PEPP-Systems keine Diskussion über die Inhalte oder Verteilung der E1-E3 geführt. Allein über die €-Betragsverteilung in die E-Listen wurde zu Beginn diskutiert mit dem Ziel, einen entsprechenden Basisentgeltwert zu erreichen. Seit Ablösung des LBEW wird auch darüber nicht mehr diskutiert. Somit hat die gesamte AEB keinen Einfluss auf die Budgetverhandlung und Leistungssteuerung auf Planungsebene. Die Methodik der Budgetverhandlung hat sich eher verkompliziert. Von Transparenzgewinn für alle Beteiligten kann nicht die Rede sein.

Unterschiede zwischen den Häusern

Basisentgeltwert(BEW):
Dieser unterscheidet sich, wie auch der Pflegesatz zuvor, ggf. deutlich voneinander. Gründe hierfür liegen nicht in der Art und Weise der Leistungserbringung, denn die DMIs der einzelnen PEPPs sind zwischen den Häusern nur marginal unterschiedlich. Der DMI für eine ganze Klinik kann nicht als Vergleich herangezogen werden, da Abweichungen durch strukturelle Unterschiede in der Vorhaltung von Fachrichtungen und nicht in der Leistungserbringung entstehen. Daher ist der Informationsgewinn durch den BEW oder den DMI genauso groß wie der durch die früheren Pflegesätze.

MDK-Prüfungen

Prüfquote:
Hier gab es sicherlich die größten Veränderungen. Aufgrund der zahlreichen abrechnungsrelevanten Parameter gibt es wesentlich mehr Ansatzpunkte für die Rechnungsprüfung. Die Kostenträger haben den Zeitpunkt der Entgeltumstellung außerdem dazu genutzt, die Prüfquote um den Faktor 10-15 zu erhöhen. Allein für die Bearbeitung der Masse an Anfragen und Gutachten musste das Personal in den Bereichen Medizincontrolling, Administrationen, Schreibdienst und Ärztlicher Dienst signifikant erhöht werden. Die Stellen haben hierbei keinen Einfluss auf die Leistungstransparenz.

Prüfqualität:
Hier treibt das System Blüten und der „künstlerischen Freiheit“ der MDKP rüfer sind keine Grenzen gesetzt. Schwammig definierte OPS-Kodes und die Tatsache, dass im psychiatrischen Bereich die Kodierung von Diagnosen und die Beurteilung von stationärer und teilstationärer Behandlungsbedürftigkeit oft nicht so eindeutig ist wie im somatischen Bereich bzw. sehr stark vom (sozialen) Kontext abhängt, führen zu zahlreichen negativen Gutachten und damit zu Erlösverlusten von 1-1,5% der vereinbarten Budgets. Und dann treten die Krankenkassen und MDKs mit der Aussage zu zahlreichen Abrechnungsfehler an die Presse und kriminalisieren völlig zu Unrecht die Beteiligten.
Der damit verbundene Mehraufwand entzieht auf Seiten der Leistungserbringer Ressourcen für die Bearbeitung der MDK-Anfragen und führt zu vielfachen Frustrationen bei den klinisch Mitarbeitenden.
Bei den MDK Prüfungen steht dabei nie die Qualität der Behandlung im Fokus, sondern ausschließlich die Erfüllung von noch so unbedeutenden Dokumentationsanforderungen aus dem OPS Kode sowie die oft beliebige Feststellung, dass ein Patient nach Einschätzung des MDK früher hätte entlassen werden können. Ein Mehrwert für die Behandlung und Therapie ist nicht zu erkennen. Verbesserungen in der Patientenbehandlung sind nicht erzielt worden.

Das MDK Prüfverfahren dient damit alleine der Kostensenkung für die Krankenkassen, ohne die bereits erbrachten Leistungen gegenüber den Patient*innen einzuschränken und den oben beschriebenen (psycho-) sozialen Kontext ausreichend und fachlich einzubeziehen.

Ein weiteres Problem ist das durchgängige Fehlen eines ***direkten*** fachlichen Dialoges zwischen MDK und den Häusern. Der in der PrüfVV vorgesehene verfahrensbezogene und fallbezogene fachliche Austausch, wird trotz zahlreicher Aufforderungen häufig komplett verweigert. Selbst neutrale Versuche durch Dritte, dies zu ändern und wieder zum direkten fachlichen Dialog zu kommen werden verneint, ignoriert oder mit Hinweisen auf die formale Umsetzung von Vorgaben in das Reich der Utopie verbannt. Dies hat mit einem beteiligungsorientierten und auf Ausgleich setzenden Zusammenwirken nichts mehr zu tun. Wir haben als Leistungserbringer keine Möglichkeit, außerhalb der fallbezogenen Klagen auf diese Misere hinzuweisen. Demokratische Kontrolle einer dem Gemeinwohl verpflichtenden Institution sieht anders aus!

Dokumentation:
Die Anforderungen des OPS, aber vor allem die im Sinne der Kassen durch den MDK abgeleiteten Anforderungen, haben zu einer deutlich kleinteiligeren Dokumentation ohne Mehrwert für den Patienten oder den Behandlungspfad geführt.
Teilweise wird eine minutengenaue Dokumentation gefordert. Wenn nur geringe Fehler vorliegen, werden die Kodes gestrichen und, siehe oben, von Fehlabrechnung gesprochen, die zu sanktionieren seien (siehe oben). Diese Anforderungen sind völlig unrealistisch und in der klinischen Praxis nicht erfüllbar.

Durch die unverhältnismäßig gestiegenen Dokumentationsanforderungen bleibt weniger Zeit für den direkten Patientenkontakt, was zu mehr Unzufriedenheit bei den Mitarbeitenden und Patient*innen führt. Die Hauptdiagnose als führendes Kriterium zur Einordnung in die PEPPs spiegelt oft nicht den spezifischen Aufwand der einzelnen Patienten wider. Defizitorientierte Dokumentation für den MDK steht im Widerspruch zu einer geforderten und in den Ausbildungen gelehrten ressourcenorientierten Therapie und Haltung gegenüber den Patient*innen.

Aufgrund der rasant gestiegenen Anzahl an MDK Prüfungen und Diskussionen fraglichen Inhaltes, die nur schriftlich zu erläutern sind, haben Ober- und Assistenzärzt*innen weniger Zeit für Patient*innen, was eine schlechtere Ausbildung und somit Behandlung der Patient*innen bedeutet. Aber auch im Hinblick auf den Fachkräftemangel ist die überbordende Bürokratie im klinischen Geschäft eher abschreckend als klinischer(e) Arzt*in tätig zu sein.

Gesellschaftliche Auswirkungen

Die Einführung des PEPP Entgeltsystems hat für die Bevölkerung zu keiner Verbesserung der psychiatrischen Behandlung geführt. Die zuletzt eingeführte stationsäquivalente Behandlung bietet zwar positive Ansätze, ist aber durch die Vorgabe der täglichen Kontakte nicht flexibel genug einsetzbar. Im Rahmen der Budgetverhandlung behindern Kostenträger außerdem aktiv die Einführung durch vollkommen überzogene administrative Forderungen.
Durch das oben bereits beschriebene völlig ausgeuferte MDK Verfahren bleibt in vielen strittigen Fällen nur der Klageweg, da die Krankenkassen oft das (für die Kassen freiwillige!!!) Nachverfahren ablehnen. Dies führt bereits jetzt zu mehrjährigen Verfahren. Die Überlastung der Sozialgerichte wird dadurch massiv weiter zunehmen.

Das PEPP Entgeltsystem führt nicht zu Einsparungen (budgetneutrale Umstellung) oder zu neuen Angeboten, es kann keine Steuerungswirkungen entfalten!

Durch die Mehr- und Mindererlösausgleiche sind die Krankenhausbudgets außerdem mehr oder weniger stabil.
Die MDK Prüfungen führen also für die Krankenkassen nicht zu Einsparungen in der Höhe, wie es vom MDK und den Kassen publiziert wird. Über die Ausgleichberechnungen reduzieren sich die Beträge wieder. Das neue Entgeltsystem, hat Aufwände bei allen beteiligten Institutionen (InEK, DIMDI, Krankenkassen, MDK und Krankenhäusern) verursacht, ohne nennenswerte Auswirkungen auf die Effektivität der stationären Behandlung.

Fazit

Das PEPP-System ist *grundsätzlich anders* in der Ermittlung der abrechnungsrelevanten Parameter. Der Aufwand zur Erzeugung dieser Parameter *ist deutlich höher geworden*. Auf Seiten der Leistungserbringung und Leistungssteuerung sind seit PEPP-Einführung keine Veränderungen eingetreten.

Es darf daher die *Frage nach der Effektivität* eines solchen Abrechnungssystems gestellt werden, wenn durch ein aufwändiges, kompliziertes und fehleranfälliges Verfahren keine Verbesserungen in der Versorgung eintreten. Abrechnungssysteme sollen auch immer eine Steuerungswirkung in Richtung einer effizienten und effektiven Behandlung entfalten. Diese Steuerungswirkung können wir nicht sehen.

Ein *Benchmark zwischen den Einrichtungen hat keinen Mehrwert seit PEPP erhalten*, da relevante Unterschiede in den PEPP-Kennzahlen ausschließlich auf Strukturmerkmale zurückzuführen sind, die auch nach alter Rechenart relevant gewesen wären.

Dies gilt auch und im besonderen Maße für die *Personalsteuerung* innerhalb der Einrichtungen. Hier spielt *allein die PsychPV* eine Rolle. PEPP-relevante Verteilungsmechanismen in der Personalsteuerung sind nicht bekannt.

Zusatz: Erfahrungen mit den Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Mit den Modellvorhaben nach § 64b SGBV wurden durchweg positive Erfahrungen gemacht. Das Modell bietet große Freiheiten in der Patientenversorgung, wodurch auf die/den individuelle*n Patient*in abgestimmte Lösungen von ärztlichem und pflegerischem Personal erarbeitet werden können und die Behandlungsqualität besonders hoch ist. Abschließende Aussagen können zu dem Modell noch nicht getroffen werden, die ersten Erfahrungsberichte sind jedoch sehr positiv.
Problematisch wird gesehen, dass die Krankenkassen das Thema nicht mehr vorantreiben und dieses qualitätssteigernde Vorgehen unterzugehen droht. Wir regen an, dass es ein einseitiges Optionsrecht der Krankenhäuser geben sollte. Entscheidet sich eine Klinik für die Umsetzung des Modellvorhabens nach § 64b SGB V, o müssen alle Kassen entsprechende Verträge mit der Klinik eingehen und einhalten. Außerdem wäre ein Wegfall der zeitlichen Begrenzung aus unserer Sicht notwendig.

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) für den Bericht nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung für den Bericht nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Folgende ausgewählte Sachverhalte sollen unsere Erfahrungen verdeutlichen:

1. Zusätzlicher hoher Dokumentationsaufwand für alle Berufsgruppen durch OPS und PEPP

Durch das neue System ist eine deutliche Zunahme des Dokumentationsaufwandes entstanden, da leistungsorientierte Einzelleistungen (OPS in Form von Therapieeinheiten, ergänzende Tagesentgelte etc.) separat dokumentiert und codiert werden müssen. Dieser Dokumentationsaufwand ist derzeit nicht in Personalstellen refinanziert und geht somit zu Lasten der Patientenzeit.

2. Krankheitsschwere ist nicht unbedingt mit Diagnose und OPS beschreibbar

Das Erscheinungsbild der psychiatrischen Erkrankungen ist auch bei gleicher Diagnose nicht gleich. Insbesondere Ressourcen (Resilienz, Coping-Strategien, Lebensumstände etc.) und das aktuelle soziale Umfeld geben der gleichen Erkrankung verschiedene Ausprägungen und verursachen unterschiedliche Zeitbedarfe. Diese Faktoren lassen sich nicht mit der ICD-10-Diagnosestellung erfassen, die ohnehin nur bei einigen Diagnosegruppen eine Schweregraderfassung ermöglicht.

Das ursprüngliche Ziel, durch die OPS einen Kostentrenner zu erhalten, konnte nicht erreicht werden. Die Logik der somatischen Medizin, dass viele Prozeduren (OPS) einen Fall kostenintensiver werden lassen, kann auf die Psychiatrie nicht analog übertragen werden. So kann z.B. ein/e Patient/in, der/die freiwillig an allen angebotenen Therapien teilnimmt (= viele Therapieeinheiten á 25min) und somit als

eher kostenaufwändiger erscheint, weniger Kostenaufwand bedeuten, als ein/e Patient/in, die krankheitsbedingt nicht den Therapieangeboten folgen kann und dennoch intensive Betreuung durch medizinisches Personal benötigt (Motivation zur Therapie, intensiver Beziehungsaufbau etc.), ohne dass die gegebenen Intensivmerkmale vorliegen.

3. Hoher administrativen Aufwand seit der Einführung

Aufgrund der sich jährlich ändernden OPS-Kataloge ist eine dauerhafte Schulung der Anwender/innen unerlässlich.

Da die Abrechnungen der Fälle in der Menge und der Breite abrechnungsrelevanter Merkmale mit einer außerordentlich hohen Quote durch den MDK geprüft werden und dabei eine Zunahme von Rechnungskürzungen auch aufgrund vernachlässigter Abrechnungsdokumentation zu beobachten ist, sind die Kliniken gezwungen, ihr Controlling personell zu verstärken, um regelhafte Fallkontrollen zur Vermeidung von Liquiditätsverlusten durchführen zu können. Auf der Basis einer, seit der vor 30 Jahren erfolgten Erhebung des Personalbedarfs für psychiatrische Krankenhausbehandlung unveränderten, unzureichenden Besetzung in den Kliniken, erhältd ie Abrechnungsdokumentation einen Stellenwert, der derzeit entweder zu Lasten der Behandlung der Patient/innen geht oder Insuffizienzen in der Dokumentation bewirkt.

Auch auf Verwaltungsseite resultiert das aktuelle Entgeltsystem in einem stark erhöhten Aufwand. Der Abrechnungsaufwand ist erheblich gestiegen (Fallklammern resultieren in vielen Stornierungen, erhöhte Anzahl von MDK-Prüfungen führt zu vielen Rechnungsänderungen), die Entgeltverhandlungen benötigen aufwändigere Vorbereitungen, die erhöhte Anzahl von MDK-Prüfungen muss auch administrativ begleitet werden).

4. Unnötige Verschiebung von Verantwortung

Die Rolle des Arztes/der Ärztin rückt ressourcenbelastend und der Interprofessionalität psychiatrischer Behandlungen widersprechend in den Vordergrund, da häufig auf die Anordnungsnotwendigkeit hingewiesen wird. Vor der Einführung des neuen Entgeltsystems wurde z.B. der Bedarf von 1:1-Betreuungen durch die Pflegefachpersonen erhoben und geleistet. Jetzt ist hierzu eine ärztliche Befunderhebung und entsprechende Anordnung der Maßnahme erforderlich. Ein durch das Pflegefachpersonal erhobener Bedarf einer 1:1 Betreuung und die Festlegung der daraus erforderlichen fachpflegerischen Maßnahme werden vom Entgeltsystem nicht akzeptiert und fließen somit nicht in die Abrechnung ein. Damit geht eine Deprofessionalisierung fachpflegerischer Expertise einher und die in vielen Krankenhäusern ohnehin wegen des angespannten ärztlichen Arbeitsmarkts knappe ärztliche Arbeitszeit wird mit rein administrativen Aufgaben weiter belastet.

5. Psychiatrische Intensivbehandlung

Die psychiatrische Intensivbehandlung wird nicht adäquat abgebildet, insbesondere da sie im OPS-Katalog anders definiert ist, als in der PsychPV. Die Kriterien der Intensivbehandlung sind darüber hinaus unscharf formuliert, mehrdeutig operationalisierbar und bieten im Rahmen der MDK-Prüfungen viel Konfliktpotential.

Zudem ist eine Erlösrelevanz erst bei Intensivbehandlung mit drei oder mehr Merkmalen gegeben. Dies ist nur bei 1,5-2,5% der gesamten Fälle einer Klinik gegeben (das IneK hat dies gegenüber der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. (BFLK), einem Mitgliedsverband des DPR, im Februar 2017 so bestätigt). Hier schien sich laut IneK ein vermeintlicher Kostentrenner identifizieren zu lassen. Die Quote der Intensivbehandlung gemäß PsychPV lag 2017 bei A2:17%, S2: 53%, G2: 43% (gemäß BAG-Vergleich 2017).

In Gesprächen mit Vertretern des IneK konnte durch die BFLK erläutert werden, dass ein deutlicher Unterschied zwischen intensivmedizinischer Behandlung und psychiatrischer Intensivbehandlung besteht. Zu einer Veränderung im OPS-Katalog hat es dennoch nicht geführt. Daher befürchten wir eine weitere Verschlechterung der Versorgung besonders schwer erkrankter Menschen in der Psychiatrie gegenüber den jetzigen personellen Anhaltszahlen, die wie bereits beschrieben, seit 30 Jahren unverändert sind und insbesondere den Pflegedienst in erheblichem Maße belastet haben!

6. Die somatischen Nebendiagnosen werden teilweise überbewertet

Die Auswahl der Nebendiagnosen, die zu einer Erhöhung der Fallschwere führen, sind teilweise fachlich nicht nachvollziehbar (z.B. triggert Adipositas die PEPP). Hieraus entsteht der Eindruck einer fachfremden Steuerung des Entgeltsystems.

7. Statisches Prüfverhalten des MDKs

Alle Fälle mit entgelterhöhenden Merkmalen (ergänzende Tagesentgelte, Nebendiagnosen) werden sehr häufig vom MDK geprüft, nicht nach dem Prüfschema dokumentierte Leistungen werden nicht akzeptiert. Sie führen dann zur Streichung der Merkmale. Die gezielten MDK-Prüfungen verschärfen so für die Erlössituation der Kliniken noch einmal den Effekt, dass die Krankheitsschwere im System nicht angemessen abgebildet wird. Nicht refinanzierte, personalintensive Behandlungen werden somit aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten verdrängt. Das wird nicht ohne Folgen für die schwer psychisch kranken Menschen und die Gesellschaft bleiben.

8. Keine Beachtung von Stabilisierungen der Patient/innen

Das neue System orientiert sich stark an der Leistungserstellung der Somatik. Anders als somatische Patient/innen benötigen psychiatrische Patient/innen den stationären Rahmen, um eine Therapieadhärenz zu entwickeln. Der Therapieerfolg ist wesentlich davon abhängig, wie die Patient/innen die Behandlung nach dem stationären Aufenthalt weiterführen. Zudem führen nicht nachhaltig organisierte Behandlungen eher zu mittelbaren Verschlechterungen bzw. Chronifizierung des Gesundheitszustandes und können, je nach Erkrankung, auch im „Verborgenen“ erfolgen. Die Leistungen zur Stabilisierung im stationären Rahmen sind im neuen System nicht adäquat abgebildet und werden somit nicht vergütet. Das leistungsbezogene Vergütungssystem vernachlässigt personelle Vorhaltekosten für das Pflegepersonal, das eine jederzeitige Ansprechbarkeit, Deeskalations- und Reaktionsfähigkeit sowie die aktive Gestaltung eines therapiefördernden Settings sicherstellen muss.

Die Orientierung an dem Bundessozialgerichtsurteil, dass nur medizinische Gründe (aufgrund biologischer Ursachen) den Aufenthalt begründen, lassen sich nicht mit dem fachlichen Hintergrund vereinbaren, dass bei psychiatrischen Erkrankungen auch soziale Problemlagen den Krankheitsverlauf erschweren und eine angemessene stationäre Behandlung zur Vermittlung von Bewältigungsstrategien begründen können.

9. Diskriminierung von psychisch-schwersterkrankten Personen

Diese Personengruppe hat neben der erforderlichen medizinischen Akutbehandlung einen weitergehenden Bedarf an sozialen Interventionen (weitere Leistungen der Sozialgesetzbücher). Die beiden psychosozialen Bedarfe beeinflussen sich gegenseitig, d.h. wenn soziale Probleme nicht bearbeitet werden, kann dies den Erfolg der medizinischen Therapie deutlich schmälern. Diese schwersterkrankten Menschen „passen“ nicht mehr in das neue System, da die zu ihrer Behandlung erforderlichen Leistungen nur unzureichend abgebildet sind und somit auch nicht vergütet werden. Die Kliniken werden daher versuchen, die Behandlung dieser Menschen weitgehend zu vermeiden, da das Risiko des Erlösausfalls zu hoch ist. Die Psychiatrie hat zudem auch immer eine sozialpolitische Funktion übernommen, um so der Verelendung psychisch schwersterkrankter Menschen entgegenzuwirken. Mit dem neuen Entgeltsystem ist dies fast nicht mehr möglich. Möglicherweise müssen für diesen Personenkreis andere Formen der Versorgung geschaffen werden oder aber gesonderte Vergütungsstrukturen für deren Behandlung gefunden werden.

10. Betreuungsrechtliche bzw. ordnungspolitische Unterbringung

Die betreuungsrechtliche bzw. ordnungspolitische Unterbringung zur Behandlung (10-20% aller Fälle) rechtfertigt alleine keine stationäre Behandlung nach SGB V. Bisher haben die Krankenkassen die Behandlungskosten übernommen. Jetzt erleben wir zunehmend die Ablehnung der Leistungsträger in diesen Fällen.

Auch wenn dies nicht eine unmittelbare Auswirkung des neuen Entgeltsystems ist, stellt auch dies ein zunehmendes Problem ansonsten unbehandelter psychisch kranker Menschen dar und soll daher hier erwähnt werden.

Berlin, 06. Mai 2019

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de

DGPT Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.

Anmerkungen

der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT e.V.)

für den Bericht nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Gelegenheit , uns zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen äußern zu können.

Die DGPT verzichtet darauf, eine eigene ausführliche Stellungnahme abzugeben und schließt sich den Positionen der DGPM im Wesentlichen an.

Dabei möchten wir ergänzend auf folgende Punkte hinweisen:

In der PsychPV fehlen bei den Leistungserbringern die Psychologischen Psychotherapeuten. Wenn die PsychPV weitergelten sollte, müsste diese wichtige Gruppe aufgenommen werden.

Für die DGPT ist eine verbesserte Personalausstattung sowohl in den Psychiatrischen Kliniken als auch in den Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie notwendig.

Berlin, den 06.05.2019

Ingrid Moeslein-Teising

Vorsitzende DGPT e.V.

DGPPN

Seit über 175 Jahren

Stellungnahme
13. Mai 2019

Bericht nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Diese Stellungnahme der DGPPN ergeht im Rahmen des Berichts nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG auf Anfrage der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 9. April 2019.
Demnach soll zu folgenden Aspekten Stellung genommen werden:

1. Auswirkungen des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
2. Erste Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem
3. Anzahl der Modellvorhaben nach § 64b SGB V und erste Erkenntnisse

Rechtliche Rahmenbedingungen

Auszug aus § 17d KHG (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen):

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen. Dabei ist zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können. Ebenso ist zu prüfen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches

DGPPN

Seit über 175 Jahren

Sozialgesetzbuch einbezogen werden können. Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; dabei muss unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein.

(4) Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2019 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems, die ersten Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem sowie über die Anzahl von Modellvorhaben nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und über die ersten Erkenntnisse zu diesen Modellvorhaben vor. In den Bericht sind die Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht dem Deutschen Bundestag vor.

Auszug aus § 64b SGB V (Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen)

(1) Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. In jedem Land soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden. (...)

Vorbemerkung

Die Einführung bzw. Umsetzung des pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik war von Beginn an und seitdem durchgängig durch eine umfassende politische sowie fachliche Diskussion geprägt. Im Vordergrund stand dabei die Diskussion darüber, ob dieses System geeignet ist, den Behandlungsbedarf für Menschen mit psychischen Störungen adäquat abzubilden. In der Folge ist am 1. Januar 2017 das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) in Kraft getreten, das erneut die Rahmenbedingungen im Sinne eines Perspektivenwechsels von einem preisbezogenen System auf ein budgetorientiertes System verändert hat.

Für die betroffenen Kliniken entstand dadurch eine erhebliche Unsicherheit bezüglich der geltenden Rahmenbedingungen. Diese Unsicherheit besteht auch weiterhin.

DGPPN

Seit über 175 Jahren

Die Auswirkungen dieser nicht eindeutigen bzw. wechselnden Rahmenbedingungen auf das Kodier-Verhalten sowie auf die weiteren Aspekte des pauschalierenden Finanzierungssystems in der Psychiatrie und Psychotherapie sind aktuell nicht mit ausreichender Sicherheit einzuschätzen.

Vor diesem Hintergrund sind im klinischen Bereich bisher keine umfassenden Studien dazu durchgeführt worden, wie sich das neue Entgeltsystem in der klinischen Realität auswirkt. Belastbare empirische Daten liegen uns deshalb zum jetzigen Zeitpunkt darüber nicht vor.

Grundsätzliche Problematik und deren Auswirkungen auf die Versorgung

Die grundsätzlichen Problembereiche des pauschalierenden Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychotherapie prägen auch die Umsetzung. Die wesentlichen Problembereiche sind die folgenden:

- Fehlende Orientierung am individuellen Bedarf der Patienten: Der individuelle Bedarf wird durch die PEPP-Kategorien bzw. die OPS-Struktur nicht adäquat abgebildet. Erforderlich ist ein gestuftes Erfassungs- und Bemessungssystem, das sich an der jeweiligen Symptomkonstellation und dem daraus abzuleitenden Bedarf bemisst.
- Das den PEPP-Kategorien zugrundeliegende primäre Prinzip der kostentrennenden Faktoren ist für die erforderliche Prozess- und Strukturqualität in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht geeignet, die zwischen den einzelnen Patienten bestehenden individuellen Unterschiede adäquat abzubilden.
- Die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfordert spezifische Merkmale der Prozess- und Strukturqualität [1]. Die PEPP-Kategorien bzw. die zugrundeliegenden Prozeduren-Beschreibungen (OPS) sind nicht geeignet, das Versorgungsgeschehen adäquat abzubilden.
- Ebenso wenig sind diese Kategorien geeignet, den erforderlichen personellen Ressourcenbedarf abzubilden bzw. zu beschreiben [2].
- Es ist keine Anpassung an die fachlichen und personellen Veränderungen möglich, die sich seit der PsychPV-Einführung ergeben haben [3].
- Das PEPP-System ist nicht geeignet, die regionalen und institutionellen Besonderheiten in der umfassenden Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen abzubilden [4].
- Das System der OPS in der Psychiatrie und Psychosomatik und insbesondere deren Dokumentation ist zu kleinteilig. Die OPS weisen insgesamt nur sehr geringe Unterschiede im Ressourcenaufwand aus.

DGPPN

Seit über 175 Jahren

- Das pauschalierende Entgeltsystem führt für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik zu falschen Anreizwirkungen.
- Das PEPP-System kann systembedingt nicht zu der dringend erforderlichen Verbesserung der Finanzierungssituation in der Psychiatrie und Psychosomatik führen.
- Die Finanzierung von (erbrachten) Einzelleistungen setzt falsche Anreizwirkungen.
- Ein Fall-Bezug, wie er sich indirekt durch die Regelungen des PEPP-Systems ergibt, ist für die Psychiatrie und Psychotherapie nicht geeignet. Dies war bereits Grundlage der politischen Entscheidung, das Anfang der 2000er Jahre eingeführte DRG-System nicht auf die Psychiatrie und Psychosomatik anzuwenden.
- Ein im Vordergrund der Kategorisierung nach PEPP stehender Bezug auf die Diagnose ist nicht ausreichend geeignet, das Versorgungsgeschehen abzubilden. Psychische Erkrankungen weisen eine sehr hohe Heterogenität innerhalb der gleichen Diagnosegruppe (z. B. bei depressiven Störungen) auf.
- Die regionalen und institutionellen Besonderheiten im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie werden durch das pauschalierende Entgeltsystem nicht ausreichend abgebildet.
- Der deutlich erhöhte Dokumentations- und Misstrauensaufwand (durch ein umfangreiches System der gegenseitigen Kontrolle) entzieht dem Versorgungssystem dringend benötigte Ressourcen [5].
- Aus der Anwendung des PEPP-Systems ergibt sich ein erheblicher Ressourcenaufwand, welcher der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen entzogen wird. Dazu gehört die Veränderung in den Personalstrukturen (zusätzliche personelle Ressourcen im Bereich der Dokumentation), ein erheblicher Schulungsbedarf für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für die Umstellung der IT-Systeme.

1. Auswirkungen des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Die zu beobachtenden Auswirkungen des neu eingeführten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen sind Folge der o. g. grundsätzlichen Problematik.

Bezüglich der Auswirkungen des neuen Entgeltsystems ist zusammenfassend vorläufig festzustellen, dass dadurch keine sicher nachweisbaren Auswirkungen auf die bestehenden

DGPPN

Seit über 175 Jahren

Versorgungsstrukturen erfolgt sind. Diese wären jedoch dringend erforderlich, da die bestehende Versorgungsstruktur (insbesondere durch die massive Fragmentierung der Versorgungsangebote) sowie die personelle Ausstattung den Bedürfnissen und dem Bedarf von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht in ausreichender Weise entspricht.

Aus Sicht der DGPPN ist bzgl. der Auswirkungen insbesondere festzustellen:

- Das neue Entgeltsystem hatte bisher eine relevanten Auswirkungen auf das Spektrum der behandelten Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. auf das dadurch entstehende Diagnosespektrum.
- Bzgl. der Behandlungsqualität sind Verbesserungen nicht eingetreten. Durch den Abzug von Ressourcen aus der direkten Patientenbehandlung (insbesondere) in Aufwand für Dokumentation ist andererseits von einer Verminderung der Behandlungsqualität (weniger Zeit für Beziehungsgestaltung) auszugehen.
- Das Entgeltsystem hat keine Anreize zur Umsetzung von Anforderungen der Leitlinien gesetzt. Insbesondere neuere Anforderungen (wie z. B. die inzwischen als Leitlinien-Standard anerkannte partizipative Entscheidungsfindung) werden durch das Entgeltsystem nicht unterstützt.
- Das Entgeltsystem ist in keiner Weise auf das Erreichen eines positiven Krankheitsausgangs (Outcome) ausgerichtet. Zu relevanten Veränderungen der therapeutisch-konzeptionellen Ansätze ist es deshalb nicht gekommen.
- Das PEPP-System hat zu keinen erkennbaren Veränderungen im Nachfrageverhalten geführt.
- Relevante Verringerungen der durchschnittlichen Verweildauer wurden nicht festgestellt.
- Keine erkennbare Leistungsverlagerung in andere Bereich oder Sektoren.
- Seit der Einführung des neuen Entgeltsystems sind die Fallzahlen in den meisten Bereichen des Versorgungssystems weiter angestiegen. Es ist nicht sicher zuzuordnen, ob es einen direkten Zusammenhang zwischen dem Entgeltsystem und dieser Entwicklung gibt.
- Auch Auswirkungen auf die Bettenzahl (im Sinne einer weiteren Erhöhung) sind nicht sicher zuzuordnen.

2. Erste Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem

- Die durchgängig unklaren Rahmenbedingungen bei der Einführung und der Umsetzung des pauschalierenden Entgeltsystems haben auf der Seite der Leistungserbringer zu einer

zögerlichen Umsetzung geführt. Die Optionsphase der Einführung wurde nicht durchgängig genutzt.

- Bei dieser Entwicklung spielte insbesondere der massive bürokratische Aufwand (insbesondere durch hohe Anforderungen an die Dokumentation) eine wesentliche Rolle. Zusätzliche Ressourcen wurden dafür nicht bereitgestellt, so dass eine Verschiebung von den direkt patientenbezogenen Leistungen zu bürokratischen Leistungen zu beobachten ist.
- Die Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems erfordert massive Umstellungen im Bereich der IT-Struktur.
- Die Einführung hat zu Verschiebungen in der Personalbesetzung geführt. Dabei wurden weniger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der direkten Patientenversorgung eingesetzt bzw. verfügen über weniger Ressourcen für die direkte Patientenversorgung.

3. Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Rahmenbedingungen der Modellprojekte[1]

Seit 2013 sind in Deutschland die Möglichkeiten für innovative sektorübergreifende Behandlungsformen gemäß § 64b SGB V erweitert worden. Durch die Einführung eines klinikbezogenen Gesamtbudgets über alle Behandlungsarten sollen diese Modellvorhaben eine im Vergleich mit der Regelversorgung flexiblere, bedarfs- bzw. bedürfnisgerechtere Versorgung von psychisch Erkrankten und deren Angehörigen ermöglichen. Dem Krankenhaus steht die Wahl der Behandlungsform – stationär, teilstationär, stationsäquivalent sowie ambulant – nach eigener Entscheidung zu. Die Budgetfindung orientiert sich an der Zahl der behandelten Menschen pro Jahr.

Entsprechend der Rahmenbedingungen des § 64b SGB V wurde von den Krankenkassenverbänden 2015 europaweit eine Begleitforschung ausgeschrieben, die hauptsächlich auf der Analyse von bei den Krankenkassen vorliegenden Routinedaten basiert. Davon abgesehen gibt es eine Reihe von weiteren Forschungsvorhaben, die ebenfalls darauf abzielen, die Modellversorgung nach § 64b SGB V umfassend zu evaluieren. Grundlegend für diese Evaluationsprojekte ist die Frage, inwieweit die Erfahrungen mit der Modellversorgung sich bewähren, wie sich die Behandlungsergebnisse entwickeln und ob die Modellversorgung in die Bedingungen der Regelversorgung überführt

[1] U. a. auf der Basis von Angaben des Netzwerks Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung, 2019

DGPPN

Seit über 175 Jahren

werden sollten. Einige dieser Studien sind bereits abgeschlossen, andere haben eine Laufzeit über den Juni 2019 hinaus.

Mehrere Modellvorhaben nach § 64b SGB V bauen auf Vorläuferverträgen auf, insbesondere auf Vereinbarungen nach § 26 BPflV zum Regionalen Psychiatriebudget (RPB), die Anfang der 2000er Jahre zwischen den Krankenkassen und einigen stationären Leistungserbringern abgeschlossen wurden. Daraus resultierte eine vollständige Budgetverantwortung seitens dieser Leistungserbringer für die zu versorgende Region. Vereinbarungen nach § 26 BPflV wurden v. a. in Schleswig-Holstein getroffen, und zwar für die Regionen Rendsburg-Eckernförde, Steinburg und Dithmarschen. 2013 sind alle diese Verträge in die Rahmenbedingungen des § 64b SGB V überführt worden, wobei es inhaltlich deutliche Kontinuitäten zwischen beiden Vertragsmodellen gab. Aus diesen Gründen sind nachfolgend auch die Studien berücksichtigt, die die Auswirkungen des RPB erfassen.

Sowohl bei den Verträgen des RPB nach § 26 BPflV, als auch bei der Modellversorgung nach § 64b SGB V stellt die Finanzierung über ein Budget die zentrale unabhängige Variable dar. Das Budget kann eine mehr oder weniger ausgeprägte Kontinuität und gleichzeitige Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung ermöglichen, je nachdem, ob es sich um ein Teil- oder ein Gesamtbudget handelt. Unter diesen Bedingungen bildete sich eine Diversität von Interventionen heraus, die zu den unterschiedlichen Modellprojekten innerhalb spezifischer Versorgungsgebieten führten. Die Erforschung dieser einzelnen Interventionen und Versorgungsangebote bildet eine zusätzliche Ebene, wobei der Kontext (Strukturmerkmale der Region etc.), für den sie entwickelt wurden und wirken, in besonderem Maße bedacht werden sollte.
Die Studien sind in ihren Zielkriterien, Datenquellen, methodischen Zugängen und Laufzeiten sehr heterogen.

Zahl und Verteilung der Modellprojekte

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Vertragssituation in den einzelnen Regionen (geordnet nach dem Zeitpunkt des Beginns der Verträge nach § 64b SGB V).

- Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es in Deutschland 19 Modellvorhaben nach § 64b. Die Modellvorhaben befinden sich in den Bundesländern Schleswig-Holstein (5), Nordrhein-Westfalen (3), Hessen (3), Berlin (2), Sachsen (2), Baden-Württemberg (1), Brandenburg (1), Niedersachsen (1), Thüringen (1).
- In den anderen Bundesländern gibt es keine entsprechenden Modellvorhaben.
- In den Regionen mit Modellprojektenwohnen insgesamt etwa 6,58 Millionen Menschen.

DGPPN

Seit über 175 Jahren

- In 13 Regionen sind alle Krankenkassen an den Modellen beteiligt, in den übrigen Regionen jeweils nur einzelne Kassen bzw. Kassenverbände.
- In vier Regionen ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie an den Modellprojekten beteiligt.
- Bisher wurden in den Regionalen Budgets bzw. Modellprojekten insgesamt etwa 400.000 Behandlungsepisoden durchgeführt.

Trotz umfassender Erfahrungen aus Modellprojekten muss festgestellt werden, dass die Vorgabe des § 64b SGB V (in jedem Bundesland soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden) bisher nicht erfüllt wird.

Evaluation

Zu den Themen der Regionalbudgets bzw. der Modellprojekte nach § 64b liegen inzwischen folgende Studien vor:

- Regional-Budgets
  - Evaluation Kreis Steinburg (Schleswig-Holstein): 3 Studien [6,7]
  - Evaluation Kreis Rendsburg-Eckernförde (Schleswig-Holstein): 1 Studie [8]
  - Evaluation Kreis Dithmarschen (Schleswig-Holstein): 3 Studien [9]
- Modellprojekte nach § 64b SGB V
  - Regionale Evaluation
    - St. Hedwig-Kliniken Berlin [10]
    - Marienhospital Hamm
  - Überregionale Evaluation
    - EvaMod64b (Modellprojekte) [11]
    - Eva64 (Krankenkassen; Begleitforschung nach § 65 SGB V)
    - PsychCare (Innovationsfonds)

Die wesentlichen Studienergebnisse[2] können wie folgt zusammengefasst werden:

Die Studien zeigen, dass sich auf Basis des § 64b SGB V und die Vereinbarungen zum RPB nach § 26 BPflV sehr heterogene Versorgungsstrukturen und -prozesse herausbilden können, bzw. herausgebildet haben. Diese Unterschiede lassen sich u. a. durch die lokalen Versorgungskontexte, politischen Unterstützungs- und Entscheidungsprozesse und das Engagement der Akteure vor Ort

[2]Die Erg ebnisse der beiden letztgenannten Studien liegen noch nicht abschließend vor.

begründen. Trotz dieser Unterschiede gibt es verschiedene studienübergreifende Erkenntnisse, die sich durch wiederkehrende Ergebnisse sowohl der Studien zur Evaluation der Modellversorgung als auch des RPB stützen lassen. Diese Befunde sind insofern als vorläufig einzuschätzen, weil einige Evaluationsprojekte noch Daten erheben und Ergebnisse erst im nächsten oder übernächsten Jahr anbieten können.

Die Finanzierung der psychiatrischen Krankenhausversorgung über ein RPB oder ein Budgetsystem gemäß § 64b SGB V spart über alle Behandlungssettings hinweg keine oder nur bedingt Versorgungskosten ein. Wohl kommt es aber zu einer Verschiebung der Versorgungskosten vom vollstationären in den ambulanten und teilstationären Bereich. Insgesamt sind die Umstrukturierungen von einem Abrechnungsmodell auf der Basis tagesgleicher Pflegesätze hin zu einer budgetären Abrechnungsform durch ein RPB oder ein Modellprojekt nach § 64b als mindestens kostenneutral einzuschätzen. Positive Kosteneffekte entstehen allerdings im Vergleich mit anderen Einrichtungen, die kein Modellprojekt haben. Hier ist es in dem betrachteten Zeitraum zu einer Zunahme der Kosten gekommen.

Diese Verschiebung geht im Versorgungsalltag einher mit einer Reihe von strukturellen und prozessualen Umstrukturierungen: Stationäre Behandlungsplätze werden abgebaut bei gleichzeitiger Aufweitung des ambulanten und teilstationären Leistungsangebotes. Es kommt zu einer Reduktion der vollstationären Liegezeiten und Behandlungstagen, und gleichzeitig zu einem Anstieg von ambulanten und teilstationären Fällen. Neue Behandlungskonzepte werden entwickelt, die insgesamt mehr Behandlungskontinuität und Flexibilität, also personenzentrierte Unterstützung erlauben. Modelle einer sektorübergreifenden Kooperation, also einer Kooperation über die fiktiven oder realen Krankenhausmauern hinweg, bleiben dabei eine Seltenheit.

Möglicherweise dadurch bedingt wird in mehreren prospektiven, kontrollierten Studien eine Besserung des Funktionsniveaus beschrieben. In einzelnen Studien mit unterschiedlichen Ansätzen reduzierte sich unter Modellbedingungen die Symptomlast, die Krankheitsschwere und die Suizidalität bei Aufnahme und Entlassung. Interessant sind die Ergebnisse zweier Studien, die eine Reduktion der Anzahl und Dauer von Unterbringungen nach PsychKG unter Modellbedingungen sowie eine reduzierte Anzahl von Fixierungen nachweisen.

Neben diesen objektivierbaren Outcome-Kriterien wird deutlich, dass die Patienten mit der Modellversorgung zufrieden sind. Sowohl in einer standardisierten Befragung als auch mit Hilfe qualitativer Instrumente lässt sich einrichtungsübergreifend eruieren, dass die Umstrukturierungen infolge der Modellversorgung für die Patienten im Alltag erlebbar sind. Der Erfahrungsgrad steigt dabei mit steigendem Implementierungsgrad. Und auch die positive Bewertung der Modellversorgung steigt mit steigendem Erfahrungs- und Implementierungsgrad.

Die Mitarbeitenden zeigen sich hier ambivalenter. Die Umstrukturierungen können viel Mehrarbeit bedeuten, obschon sie in einer Studie auch zu einer Reduktion von Überstunden führten. Deutlich wird eine Kompetenzentwicklung der Mitarbeitenden über die Berufsgruppen hinweg, und zwar sowohl unter den Bedingungen des RPB als auch unter denen der Modellversorgung. Vor allem die Pflege beschreibt eine Aufwertung der eigenen Berufsgruppe durch die modellspezifischen Umstrukturierungen. Allerdings sind hier Unterschiede zwischen Kliniken erwartbar, in denen alle Kostenträger sich am Vertrag nach § 64b SGB V beteiligen und denen, die nur mit einzelnen oder wenigen Krankenkassen einen Vertrag abschließen konnten: Gerade in Kliniken, in denen Modellversorgung neben Regelversorgung erfolgen muss, dürften sich sehr unterschiedliche Sichtweisen von Mitarbeitenden entwickeln, was weiterer Forschung bedürfte.

Die Effekte auf die Angehörigen sind deutlich weniger untersucht. Laufende Studien werden hier weitere Erkenntnisse bringen. Deutlich wird bisher, dass die ambulanteren Behandlungsformen von Angehörigen zu Beginn der Implementierung durchaus zunächst auch als belastend erlebt werden können. In der internationalen Literatur sind negative Aspekte dieser Art nicht beschrieben, sodass ein Umstellungseffekt von einer in Deutschland bisher primär vollstationären Akutbehandlung als Grund hierfür wahrscheinlich erscheint. Ein Hinweis dafür ergibt sich aus dem Befund, dass Angehörige andererseits die festen Ansprechpartner, die durch eine Stärkung der Behandlungskontinuität entstehen und die Flexibilisierung des Behandlungsangebotes sehr schätzen.

Fazit bzgl. Modellversorgung

Die Modellversorgung kann flexibel auf die Bedarfe vor Ort zugeschnitten werden, sie gilt als routinetauglich und wirtschaftlich. Die Perspektive Betroffener hebt die Veränderungen der Versorgung durch Modelle insbesondere durch ihre Niedrigschwelligkeit hervor: es können Patienten erreicht werden, die bisher nicht erreicht wurden. Übergänge zur Eingliederungshilfe werden ermöglicht. Aus der Angehörigenperspektive wird die Flexibilität in der Angebotsstruktur als bedeutsam angesehen. Modellprojekte implizieren für die meisten Teilnehmer ein anderes Denken in der Psychiatrie und initiieren erste Schritte zur Umsetzung psychosozialer Interventionen. Insbesondere die Projekte mit langjährig bestehenden Vorläufermodellen weisen darauf hin, dass für Leistungserbringer und Krankenkassen Planungssicherheit besteht und unkontrollierbare Mengenausweitungen (behandelte Patienten) wider manche Befürchtung nicht erwartbar sind. Für Abwanderungen von Patienten in Kliniken der Regelversorgung ergeben sich ebenfalls keine Hinweise.

Der Begriff „sektorübergreifend“ bezieht sich in den Modellprojekten aktuell auf die Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses. Trotz einiger Bemühungen ist ein Einbezug der

DGPPN

Seit über 175 Jahren

Kassenärztlichen Versorgung bisher nicht gelungen. Ebenfalls wären Übergänge zu anderen SGB wichtig. Weitere Entwicklungen sollten sich auch mit der Frage befassen, was Krankenhäuser zu einer sektor- und rechtskreisübergreifenden Versorgung beitragen können. Weitere Fragen ergeben sich bezüglich der Personalbemessung in Modellprojekten nach § 64b SGB V und für die Leitlinienadhärenz.

Die im Gesetz formulierte Aussicht, in jedem Bundesland mindestens ein Projekt unter Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu initiieren, ist nicht realisiert worden. Die Verhandlung neuer Projekte, die Ausweitung bestehender Projekte in Dauer und Anzahl, auch über 8 Jahre sind aktuell ins Stocken geraten, auch weil die Bereitschaft der Kostenträger neue Verträge zu verhandeln, nicht besteht.

Modellprojekte sind bisher nicht in jedem Bundesland umgesetzt worden. In insgesamt 12 Modellregionen kann die Versorgung nach § 64b SGB V inzwischen als Regelversorgung angesehen werden. Die Anreizwirkungen in Modellprojekten führen zu einer deutlichen Verlagerung aus dem vollstationären in den teilstationären, aufsuchenden und institutsambulanten Bereich. Die Versorgung orientiert sich stärker als in der bisherigen Regelversorgung am individuellen Bedarf des jeweiligen Patienten.

Für die erfolgreiche Fortführung und die erforderliche Ausweitung wird eine langfristige Planungssicherheit benötigt, die auch eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen erfordert.

Tabelle 1: Übersicht Modellprojekte nach § 64b SGB V

Region des Modellvorhabens[3]	Einwohner-zahl in der Region	§ 64b seit	Kosten-träger	Krankenhaus-eigene Forschung	Laufzeit bis
Hanau	215.000	2013	alle	Nein	31.08.2021
Steinburg (Itzehoe)	135.000	2013	alle	Ja	31.12.2020
Rendsburg-Eckernförde	270.000	2013	alle	Ja	31.12.2020
Dithmarschen (Heide)	135.000	2013	alle	Ja	31.12.2020
Herzogtum-Lauenburg (Geesthacht)	193.000	2013	alle	Nein	31.12.2020
Nordfriesland (Bredstedt)	166.000	2013	alle	Nein	31.12.2020

[3]Que lle: Netzwerk Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung, 2019

DGPPN

Seit über 175 Jahren

Zwickau	93.000 (+KJP)	2013	alle	Nein	31.12.2020
Glauchau	130.000	2013	alle	Ja	31.12.2020
Nordhausen	86.000 (+KJP)	2014	alle	Ja	31.12.2021
Rüdersdorf	230.000	2014	TK	Ja	31.12.2021
Hamm	190.000	2014	alle	Nein	31.12.2021
Lüneburg	420.000	2014	AOK Nieder-sachsen	Ja	09.04.2022
Berlin Mitte-Tiergarten/ Mitte-Wedding Treptow-Köpenick	610.114	2014	Barmer GEK	Nein	31.12.2021
Bochum	400.000	2015	TK/ Barmer GEK	Nein	31.12.2022
Riedstadt	330.000 (+KJP)	2016	alle	Ja	31.12.2023
Friedberg	200.000	2016	alle	Nein	31.12.2023
Berlin Friedrichshain-Kreuzberg/ Spandau/ Reinickendorf/ Tempelhof-Schöneberg/ Neukölln/ Marzahn-Hellersdorf	1.684.238 (+KJP)	2016	DAK	Teilweise	31.12.2023
Bonn	960.000	2016	TK/ DAK/ Barmer GEK	Nein	30.09.2024
Heidenheim	130.000	2016	alle	Nein	31.12.2023

DGPPN

Seit über 175 Jahren

Quellenangaben

(1) Klimke, A., Godemann, F., Hauth, I., & Deister, A. (2015). Strukturqualität in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken. Der Nervenarzt, 86(5), 525–533. https://doi.org/10.1007/s00115-015-4314-9

(2) Hauth, I., Brückner-Bozetti, P., Heuft, G., Kölch, M., Löhr, M., Richert, A., & Deister, A. (2019). Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen: Ein patientenorientiertes und leitliniengerechtes Konzept zur Personalbemessung. Der Nervenarzt, 90(3), 285–292. https://doi.org/10.1007/s00115-018-0669-z

(3) Berger, M., Wolff, J., Normann, C., Godemann, F., Schramm, E., Klimke, A., Herpertz, S. C. (2015). Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung: Normative Personalermittlung am Beispiel Depression. Der Nervenarzt, 86(5), 542–548. https://doi.org/10.1007/s00115-015-4310-0

(4) Senkal, A., Brückner-Bozetti, P., Lingenfelder, M., Blume, A., Klode, C., & Steinert, T. (2019). Strukturmerkmale und regionale Besonderheiten psychiatrischer Krankenhäuser in Deutschland. Der Nervenarzt, 90(3), 293–298. https://doi.org/10.1007/s00115-018-0600-7

(5) Drösler S, Neukirch B, Undorf L (2018) Dokumentationsaufwand in der Psychiatrie. KU Gesundheitsmanagement 3/2018

(6) Roick C, Heinrich S, Deister A, Zeichner D, Birker T, Schomerus G, Angermeyer, MC, König HH (2008) Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorenübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. Psych Prax 35, 279-285

(7) König HH, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T, Hierholzer C, Angermeyer MC, Roick C (2010). Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? Psychiatr. Prax 37, 34-42

(8) Hans-Helmut König, Dirk Heider, Thomas Rechlin, Peter Hoffmann, Thomas Birker, Sven Heinrich, Christian Brettschneider, Cornelia Hierholzer, Steffi G. Riedel-Heller, Christiane Roick (2013): Wie wirkt das Regionale Psychiatriebudget (RPB) in einer Region mit initial niedriger Bettenmessziffer? Evaluation des RPB in Rendsburg-Eckernförde. Psychiatrische Praxis, 40, 430-438.

(9) Berghöfer, A., Hubmann, S., Birker, T., Hejnal, T., & Fischer, F. (2016). Evaluation of Quality Indicators of Integrated Care in a Regional Psychiatry Budget – A Pre-Post Comparison by Secondary Data Analysis. International Journal of Integrated Care, 16(4). https://doi.org/10.5334/ijic.2479

(10) Wullschleger, A., Berg, J., Bermpohl, F., & Montag, C. (2018). Can „Model Projects of Need-Adapted Care“ Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? Frontiers in psychiatry, 9, 168. doi:10.3389/fpsyt.2018.00168

(11) von Peter, S., Johne, J., Schwarz, J., Timm, J., Heinze, M., Ignatyev, Y. (2018). Evaluation of new flexible and integrative psychiatric treatment models in Germany – assessment and preliminary validation of specific program components. BMC Psychiatry, 18:278

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

DGPM e.V. • Jägerstr. 51 • 10117 Berlin

Stellungnahme

der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)

und der

Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA)

für den Bericht nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Gelegenheit zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen Stellung nehmen zu können. Diese Stellungnahme wird gemeinsam mit der mitunterzeichnenden Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) abgegeben.
Hierbei soll insbesondere auf folgende Punkte eingegangen werden:

1. Auswirkungen des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen,
2. Erste Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem,
3. Anzahl der Modellvorhaben nach § 64b SGB V und erste Erkenntnisse zu diesen Modellvorhaben.

Zu 1.:
Die DGPM unterstützt weiterhin die Zielsetzungen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psycho-

Bundesvorstand

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen
Tel.: 0641 985-45600, Sekretariat: -45601
Fax: 0641 985-45609
johannes.kruse@psycho.med.uni-giessen.de

Stellvertretende Vorsitzende
Dr. med. Gerhard Hildenbrand
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Klinikum Lüdenscheid
Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheid
Tel.: 02351 462730, Fax: 02351 462735
gerhard.hildenbrand@klinikum-luedenscheid.de

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner
Klinikdirektorin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 4587089, Fax: 0351 4586332
kerstin.weidner@uniklinikum-dresden.de

Beisitzer
Dr. med. Götz Berberich
Psychosomatische Klinik Windach
Schützenstraße 100, 86949 Windach
Tel.: 08193 72830, Fax: 08193 72909
g.berberich@klinik-windach.de

Bernd Bergander
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Parkstr. 10, 12103 Berlin
Tel.: 030 7512315, Fax: 030 70711606
bergander-praxis@online.de

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich
Universitätsklinikum Heidelberg
Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg
Tel.: (06221) 56-8649, Mail: hans-christoph.friederich@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Harald Gündel
Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm
Tel.: 0731 50061800, Fax: 0731 50061802
harald.guendel@uni-ulm.de

Dr. med. Norbert Hartkamp
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Rheinstr. 37, 42697 Solingen
Tel.: 0212 22177270, Fax: 0212 22177272
hartkamp@pthweb.de

Prof. Dr. med. Volker Köllner
Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
Tel.: 03328 345678
koellner@psychosoma.de

Sprecher der Leitenden Hochschullehrer für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Prof. Dr. med. Peter Henningsen
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Dekan der Fakultät für Medizin der TU München
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstr. 3, 81675 München
Tel.: 089 41404313
p.henningsen@tum.de

Geschäftsführerin
Simone Kneer-Weidenhammer
Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht, Justiziarin
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
s.kneer-weidenhammer@dgpm.de

Geschäftsstelle
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
info@dgpm.de

www.dgpm.de

Bankverbindung
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE22 1002 0500 0001 2789 00
BIC BFSWDE33BER

Steuernummer
27/620/57425

Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

somatische Leistungen (PsychVVG), insbesondere den Anspruch die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung verbessern zu wollen.

Kernpunkt bei der Budgetbemessung im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind die Personalkosten, die mehr als 80% des Krankenhausbudgets ausmachen. Hierzu sollten in den zurückliegenden 2 Jahren Richtlinien zur Personalausstattung entwickelt werden auf Grundlage der bestehenden PsychPV, der S3-Leitlinien, einer empirische Studie zur Erfassung des IST-Zustandes der Personalausstattung (PPP-Studie, Wittchen et al.) und von Expertengesprächen zum Personalbedarf zur leitliniengerechten Behandlung bestimmter Patientengruppen (diagnose- und settingbezogen). Leider haben sich 3 dieser 4 als „Grundlagen“ erhofften Zugänge zu einer empirischen Bestimmung der Personalbemessung als nicht brauchbar oder verlässlich erwiesen, sodass derzeit nur die PsychPV als Bezugsgröße für eine zumindest vorübergehende Regelung der Personalbemessung für das Fachgebiet Psychiatrie übrig zu bleiben scheint. Alle Experten sind sich dabei aber einig, dass die 30 Jahre alte PsychPV einer Anpassung an die inzwischen gültigen Behandlungsstandards in der Psychiatrie und mit Modifikationen in Zukunft auch in der Psychosomatik bedarf.

Die Psychiatriepersonalverordnung in der aktuell gültigen Fassung hat sich explizit immer auf die „klinisch-psychiatrische Behandlung“ bezogen und war daher nicht Grundlage einer Personalbemessung in der Psychosomatischen Medizin. Dies wird in der Psych-PV selbst mehrfach begründet:

In den Erläuterungen zu § 1 Psych-PV Abs. 5.4 wird u.a. festgestellt:
Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat in seinem Schreiben vom 10.01.1991 V a 6-43541-24 zur Frage der Anwendbarkeit der Psych-PV auf Kliniken für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ausgeführt, dass diese „hinsi chtlich ihres Personalbedarfs nicht mit psychotherapeutischen Abteilungen in psychiatrischen Kliniken vergleichbar sind. Eine direkte Anwendung der Minutenwerte A5, S5 und G5 ist nicht möglich. Es ist deshalb bei den Pflegesatzverhandlungen auf das medizinisch erforderliche Leistungsangebot der Einrichtung abzustellen (Psych-PV S. 102f)“.

Im Besonderen kann die Psych-PV nicht Grundlage einer Personalbemessung für eine psychosomatische Tagesklinik sein, da die in einer solchen Tagesklinik behandelten Patienten nicht psychiatrisch sondern gem. den oben genannten Unterscheidungskriterien intensiv psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und akut erkrankt sind.

Die Erläuterung zu § 5 Psych-PV führt hierzu in Abs. 1.8 aus: „Bei den Tageskliniken wurde von sog. verbundenen Tageskliniken und einer 5-Tage-Woche ausgegangen, in der Erwachsenenpsychiatrie von solchen, welche vorwiegend rehabilitativ behandeln.....Die Personalbemessung für andere Formen der Tagesklinik sind gesondert zu verhandeln (Psych-PV S. 137f.).

In Erläuterung 1.6 A6 (Tagesklinische Behandlung) zu Anlage 1 Psych-PV heißt es: „Der Personalbemessung sind Patienten zugrundegelegt, deren Behandlungsaufwand daran bemessen ist, dass sie im Anschluß an eine vollstationäre Behandlung in der gleichen Einrichtung teilstationär weiterbehandelt werden.....Es gibt jedoch tagesklinische Behandlungen, zu denen die Kranken primär, d.h. ohne vorangegangene vollsta-

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

tionäre Behandlung aufgenommen werden. Diese Patienten sind akut krank. Die Minutenwerte ach Behandlungsbereich A6 sind dann nicht bedarfsgerecht."

Da die Personalausstattung für psychosomatische Einrichtungen (außerhalb der Psychiatrie) zu keiner Zeit der PsychPV unterlag, wurden in den bisherigen Kostenverhandlungen die Vorgaben der Fachgesellschaft zur Personalbemessung zu Grunde gelegt und von den Kostenträgern akzeptiert. Diese stützen sich auf die von Heuft G et al. 1993 normativ ermittelten berufsgruppendifferenzierenden Minutenwerte, die das Mindestmaß der Personalausstattung von psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrichtungen beschreiben. Dabei ist hervorzuheben, dass die Minutenwerte nach Heuft et al. exakt den Konstruktionsprinzipien der Psych-PV folgen, aber auf die typischen in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinik applizierten Prozeduren angewandt werden.

Neben den gesetzlichen Erläuterungen machen auch die erheblich abweichenden Minutenwerte für die psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung deutlich, dass diese nicht über die bestehenden Behandlungsbereiche der PsychPV abgebildet werden können:

Die folgende Tabelle stellt die Personalanforderungen nach PsychPV und die Personalanhaltszahlen, gerechnet für eine Station mit 24 Betten gegenüber:

Personal	**PsychPV A1 (VK)**	**PsychPV A5 (VK)**	**Personalanhaltszahlen (VK)** (DGPM, Heuft G et al. [1993])
Ärzte	2,07	1,54	2,6
Pflege	5,78	1,98	6,9
Dipl.-Psych	0,29	1,07	2,6
Ergo/Öko	1,22	1,03	1,4
BWT/Phys	0,28	0,31	1,4
Sozialth.	0,76	0,14	1,3
stationsbez. Pflege (min/Station)	2,1	2,1	2,3
Summe VK	**12,5**	**8,2**	**18,5**

Im Unterschied zu den Strukturvorgaben der PsychPV hat die DGPM immer betont, dass sich die Anzahl budgetrelevanter Vollkräfte aus den jeweils mittelbar und unmittelbar am Patienten erbrachten, notwendigen Leistungen ergeben muss. Die Kernleistungen der PSM-PT sind die über die OPS-Prozedur 9-634 und den Zusatzkode 9-642 definierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung und die integrierte internistisch-psychosomatische Komplexbehandlung. Hier sind transparent und überprüfbar die fachspezifischen Behandlungsprozesse angesprochen, die den entsprechenden und unabdingbaren Personalbedarf auslösen. Weder die Kategorien A1 noch A5 der PsychPV sind geeignet, den Stellenbedarf entsprechend der Anforderungen der heutigen psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung zu bestimmen.

Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

Zwischenzeitlich wurden die Berechnungen der Personalanforderungen von Heuft et al. (1993) und damit die Personalanhaltszahlen der Fachgesellschaft empirisch überprüft.
Gemeinsam mit dem Deutschen Krankenhaus Institut (DKI) wurde eine Studie zur Personalausstattung psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken und Abteilungen im Sinne eine IST-Erhebung durchgeführt (Friederich et al. 2018). Die folgende Tabelle zeigt die Personalausstattung der Kalkulationskliniken bei einer angenommenen Stationsgröße von 24 Betten gemäß InEK-Zahlen und stellt sie den Ergebnissen der DKI-Studie gegenüber.

	InEK (VK)	**DKI Studie** (VK)
Ärztlicher Dienst*	3,4	
Pflege-/ Erziehungsdienst	7,7	6,7
Psychologen	1,9	
Sozialarbeiter/Sozial-/ Heilpädagogen	0,4	0,3
Spezial-therapeuten	1,9	1,6
med.-techn. Dienst/ Funktionsdienst	0,4	
Ärztlicher Dienst + Psychologen	5,3	6,0

Außerdem wurden die Personalanhaltszahlen von Heuft et al. (1993) mit den im Rahmen der Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems von Seiten der Universitätsklinika für das InEK erhobenen Leistungsdaten in Beziehung gesetzt, die eine Umrechnung in Minutenwerte ermöglichen, welche sich wiederum an den Konstruktionsprinzipien der PsychPV orientieren. Ziel war hierbei eine empirische Überprüfung der normativ definierten Personalanhaltszahlen mit der nach dem PEPP-System anzunehmenden Finanzierungsgrundlage.
PEPP-Minutenwerte (kalkuliert für die Datenjahre 2013 und 2014) bei einem Basisentgeltwert von 285 EUR für eine Station mit 18 stationären Behandlungsplätzen im Vergleich mit den Minutenwerten von Heuft et al. (1993).

	PEPP-Minuten 2013	PEPP-Minuten 2014	Minutenwerte [Heuft 1999]	Minutenwerte Heuft angepasst
Ärzte Station	3830	3852		
Psychologen	2876	2892		
Zwischensumme	6706	6744	7524	7524
Oberärzte	962	968		968
Zwischensumme	**7668**	**7711**	**7524**	**8492**
Pflegedienst	6456	6582	4629	4629
Zuschlag Pflege	5000	5000	5000	5000
Sozialarbeiter	557	563	1888	1888
Spezialtherapeuten	2988	2974	2880	2880
Gesamtsumme	**22669**	**22830**	**21921**	**22889**

Die aus den PEPP-Daten auf der Basis eines Basisentgeltwertes von 285 € berechneten Minutenwerte weisen eine bemerkenswerte Konvergenz zu den Minutenwerten von Heuft et al. (1993; gleichlautend: 1999) auf.

Zur Erhaltung einer qualitativ ausreichenden Versorgung psychosomatisch erkrankter Patienten im Krankenhaus kann vorübergehend eine Personalbemessung analog der Konstruktionsprinzipien der PsychPV erwogen werden. Es bedarf dann allerdings eines neu definierten eigenen Behandlungsbereiches mit den Kategorien psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung und intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung jeweils mit/ohne medizinisch aufwendige Zusatzbehandlung (derzeit als Revisionsvorschlag beim DIMDI eingereicht).

Darüber hinaus beteiligt sich die DGPM an der parallel zum G-BA-Prozess inaugurierten „Plattform Personal“. Diese Plattform versucht auf empirischer Grundlage ein Modell zur Personalbemessung zu entwickeln, das individuumsbezogene, settingbezogene und institutionsbezogene Aufwände (Kosten) berücksichtigt und sich damit von einer überwiegend diagnosebezogenen Kostenkalkulation löst und bisherige Modelle der Personalbemessung weiterentwickelt.
Dabei wurde für die Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapie im Unterschied zur Psychiatrie und der KJPPP ein settingbezogenes Modell entworfen: die Personalvorgaben richten sich danach, ob die Klinik die übliche Intensität therapeutischer und medizinischer Versorgung tatsächlich anbietet und somit therapieintensive Settings vorhält, wie sie beispielsweise bei der Behandlungen von posttraumatischen Belastungsstörungen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen zum Einsatz kommen oder ob auf der anderen Seite medizinische besonders aufwendige Rahmenbedingungen bereit gehalten werden, wie sie bei der Behandlung von magersüchtigen Patientinnen mit höchstgradigem Untergewicht oder in der komplexen psychosomatischen Schmerztherapie angeboten werden. Aus Sicht der Fachgesellschaft sollte der Personalstand zumindest so hoch sein, dass eine Mindesttherapiedosis von drei ärztlich-psychologischen Therapieeinheiten und 2 Therapieeinheiten in den Spezialtherapien pro Woche angeboten werden kann. Die gesetzlichen Vorgaben eröffnen die Chance, die Krankenhäuer und Abteilungen personell so auszustatten, dass allen Patienten in psychosomatischen Krankenhäusern eine qualitativ gute psychotherapeutische und medizinische Versorgung angeboten werden kann.

Zu 2.:
Bei der Anwendung des neuen Entgeltsystems wird deutlich, dass derzeit noch wesentliche Umsetzungen der 2016 verabschiedeten gesetzlichen Vorgaben fehlen:
Der im neuen Entgeltgesetz sinnvollerweise angestrebte Leistungsbezug wurde bis heute nicht vollständig umgesetzt, da diagnosebezogene PEPP-Entgelte alter Prägung auch weiterhin die Grundlage der Budgetfindung bilden. Dabei wurde und wird von den Experten aller drei Psych-Fachgebiete betont, dass der Diagnose-Bezug wesentlich weniger Kostenvarianz erklärt als das für die Patienten jeweils indizierte Behandlungssetting.

Regionale und leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten sowie Kriterien für den Krankenhausvergleich sind für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie noch nicht hinreichend definiert. Um einen

Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

leistungsbezogenen Vergleich bilden zu können, sollten Vergleiche fachgebietsbezogen zwischen Krankenhäusern mit vergleichbaren strukturellen Merkmalen erfolgen. Ein Krankenhausvergleich ist als Orientierungshilfe für die Vertragspartner auf der Ortsebene sinnvoll. Er muss eine umfassende Transparenz über die Inhalte der Bewertungsrelationen und der Budgetdaten bieten, um die Gründe für Abweichungen erkennbar zu machen.

Zu 3.:
Über die Anzahl und Ergebnisse der Modellvorhaben nach § 64b SGB V liegen uns im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie keine Erkenntnisse vor.

Berlin, den 03.05.2019

Univ.-Prof. Dr. med. Johannes Kruse
1. Vorsitzender der DGPM

Dr. med. Gerhard Hildenbrand
1. Vorsitzender der CPKA
Stellvertretender Vorsitzender der DGPM

Literatur:

Friederich HC, Heuft G, Cuntz U, Hildenbrand G, Rothe HM, Blum K, Krüger C, Hochlehnert A, Kruse J, Raible C (2018) Personalausstattung: Befragung psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken und Abteilungen in Deutschland. Z Psychosom Med Psychother 64, 334–349.

Heuft G, Hochlehnert A, Barufka S, Nikendei S, Kruse J, Zipfel S, Hofmann T, Hildenbrand G, Cuntz U, Herzog W, Heller M (2015) Normativ-empirische Bestimmung des Personalbedarfs in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother 61, 384–398.

Heuft G, Senf W, Janssen PL, Pontzen W, Streeck U (1993) Personalanhaltszahlen in psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen der Regelversorgung. Psychotherapie, Psychosom., Med. Psychol. 43, 262-270.

Janssen PL, Franz M, Herzog T, Heuft G, Paar G, Schneider W (1999) Wissenschaftliches Gutachten zur Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg.

Kunze H, Kaltenbach L (1996) Psychiatriepersonalverordnung. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln.

www.kinderpsychiater.org www.dgkjp.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG)

Vorsitzender
Dr. med. Martin Jung
Helios Klinikum Schleswig
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Friedrich-Ebert-Str. 5, 24837 Schleswig
Tel.: 04621/83-1600, Fax: 04621/83-4852
E-Mail: jungmartinsl@gmx.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Präsident
Prof Dr. med. Hans-Henning Flechtner
Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Kindes- und Jugendalters
Otto von Guericke Universität Magdeburg

Geschäftsstelle:
Dr. Mareike Alscher, Dipl.Soz
Antje Rößler, Dipl.Betriebswirtin (BA)
Reinhardtstr. 27B
10117 Berlin
Tel. 030/28094386
Email: geschaeftsstelle@dgkjp.de

Dezernat VII
z.Hd. Frau A. Röske
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Per email an: Dezernat-VII@dkgev.de

Zum Bericht nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG:
Erfahrungen mit dem PEPP-System
aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,
hier:

der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) und
der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP)

Sehr geehrte Frau Röske,

die DKG hatte die Verbände mit Schreiben vom 9.4. zu einer Stellungnahme bis zum 6.5.2019 für den Bericht nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG aufgefordert. Wir haben lange angesichts der unklaren politischen Entwicklung zum Entgeltsystem gezögert.

Erlauben Sie uns, Ihnen heute auf der Verbände-Ebene lediglich ein paar Stichpunkte zukommen zu lassen, die wir bei Bedarf gerne weiter ausformulieren und ausdifferenzieren.

Zum Psych VVG:
Wir sind der Politik und dem BMG dankbar, dass im Rahmen des Psych-VVG voraussichtlich (es hängt sehr von der Umsetzung ab!) die ärgsten Auswirkungen eines rein PEPP-basierten Entgeltsystems abgewendet werden konnten.
Wir hatten seitens der KJPP extreme Befürchtungen hinsichtlich der Stationsgrößen, hinsichtlich der Verweildauern, hinsichtlich der Sicherung der Anwesenheit von Personal und Sicherstellung der Aufsichtspflicht. Alles dass hatten wir in den Strukturierten Dialog und das „16-Verbändepapier“ der Entgeltplattform eingebracht.
Ob die in das Psych-VVG gesetzten Hoffnungen hinsichtlich eines individuellen Basisentgeltwerts für unser Fachgebiet greifen, ist angesichts noch nicht stattgefundener Entgeltverhandlungen vor Ort für uns noch

nicht einschätzbar. Inwieweit die Strukturellen Besonderheiten unseres Faches abbildbar, anerkannt vor Ort und anerkannt beim InEK werden, ist ebenfalls noch unklar.
Sehr bedauerlich ist in dem Zusammenhang, dass der Auftrag hinsichtlich der Evaluation des PEPP-Systems an die Begleitforschung nicht bezogen auf das Psych-VVG verändert wurde. (Die befragende Institution kannte das PsychVVG nicht).
Noch bedauerlicher ist in diesem Zusammenhang, dass wir in den Abteilungen unseres Fachgebietes aktuell keine Hinweise dahingehend bekommen, wie weitere Personalplanungen ab 2020 aussehen können. Die Weiterentwicklung im Fachgebiet hängt sehr stark von der konsequenten Gesamt-Umsetzung des Psych-VVG ab. Insbesondere brauchen wir weiterhin Personalgarantien und Planungssicherheit auf einem sich verschärfenden Fachkräftemarkt. Ein Auslaufen der Psych-PV und eine „blanke Einführung“ von PEPP als worst case wären für unser Fachgebiet, das besonders personalintensiv ist, nicht hinnehmbar.

Zum OPS-PEPP-System im engeren Sinne:

- Das InEK hat sich als fairer Partner im Dialog erwiesen. Wesentliche Kompromisse in der Entwicklung (Einbezug des Entlasstages in die Berechnung zur Abschwächung der Degression u.a.m., Einführung der zwingenden Vorgabe einer Kinderpsychiatrischen Leitung für die Kodierung der KJPP-OPS/PEPP) konnten verhandelt werden.
Allerdings führt das grundlegende Herangehen (allein über die Kalkulation, entkleidet von allen Inhalten) zu heftigen Missverständnissen innerhalb der Fachwelt. Es wird befürchtet, dass die Meldungen von Strukturmerkmalen aus dem PsychVVG, sofern diese in örtliche Verhandlungen einfließen als strukturelle Besonderheiten, sämtlich vom InEK als „ist schon in der Kalkulation enthalten“ beantwortet werden (angeblich ist ja ALLES in der Kalkulation enthalten, was für unser sehr heterogenes Fachgebiet der KJPP stark anzuzweifeln ist – die Repräsentativität vieler Merkmale ist mit nur 49 kalkulierenden Häusern – etwas weniger als 1/3 aller Fachabteilungen – nicht automatisch gegeben).
- Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie war das konsequente Einhalten der Altersgrenzen absolut hilfreich, um die UN-Konvention und die EU-Richtlinie (keine Kinder unter 18 J in geschlossenen Einrichtungen für Erwachsene unterbringen; Kinder von Kinderspezialisten behandeln) im Fachgebiet der KJPP und insbesondere auch der Erwachsenenpsychiatrie und der Psychosomatik zu regeln.
- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat vor vornherein für ein stark vereinfachtes PEPP-System plädiert (z.B. weitgehend diagnoseunabhängig, unabhängig vom Unterbringungsstatus, unabhängig von der Anzahl an Intensivmerkmalen u.a.m.) und hat damit weitgehend auch durch die Kalkulation Recht bekommen
- die kalkulatorisch errechneten Alters-Splits entsprechen der klinischen Erfahrung gut. Allerdings ist aufgrund der geringen Fallzahl und der Faktizität, die ein bestehendes Entgeltsystem schafft, an den „Rändern“, also etwa im Kleinkindbereich (mit hohem Aufwand sowohl für sehr kleine Kinder, als auch deren oftmals ebenfalls psychisch erkrankten, zum Teil aber unbehandelten, bzw. nicht diagnostizierten Eltern), sowie im Bereich der Transition mit Mehraufwänden zu rechnen, die bisher gar nicht erfasst werden (aus genannten Gründen, weil es diese Angebote gar nicht gibt, bzw. nicht fachlich hinreichend entwickelt werden können, vgl. task-force Transition DGPPN und DGKJP).

- die Entscheidung, ab 2019 nur die TE der Pflege und der Fachtherapie-Gruppen, nicht wie von den Verbänden und der DKG gefordert alle TE zu streichen, hat zu Verwerfungen in den Pflegeverbänden, zu neuen Unsicherheiten hinsichtlich der Dokumentation und – leider – auch zu bereits beginnenden Umstrukturierungen hinsichtlich des Leistungsgeschehens geführt. So ist, konträr zu Entwicklungen im ambulanten Bereich (Psychotherapierichtlinie, SP-Vereinbarung) die Gruppentherapie gefühlt relativ abgewertet worden (im stationären Bereich durch Fachtherapien „nicht erlösrelevant“), und die Pflege- und Erziehungsdienste fühlen sich teilweise abgewertet.
- das PEPP-System hat zu einem dramatischen Anstieg an MdK-Prüfungen geführt (bzw. diese Steigerung erfolgte zeitgleich).-Die erhöhenden Tagesentgelte (ET) werden zu 100 % geprüft, ebenso die StaeB-Leistungen. Es besteht der starke Eindruck, dass durch die Datenfiles und die Möglichkeit, Algorithmen darauf anzusetzen, das Prüfgeschäft der MdKs stark vereinheitlicht und vereinfacht wurde. Völlig unlogisch ist das wörtliche Bestehen auf OPS-Inhalten wie der Bezahlung von Mitarbeitenden. Ungeregelt ist, ob studentische Sitzwachen als „Fachkräfte“ z.B. zur Überwachung von Fixierten eingesetzt werden dürfen. Der erhöhte Personalbedarf durch das Bundesverfassungsgerichtsurteil zu Fixierungen und durch die Reform des § 1631b BGB für die KJPP ist bisher auch über eine Psych-PV-Umsetzung von 100 % nicht einlösbar. Daher ist der Entwurf eines MdK-Gesetzes trotz Diskussionsbedarf im Detail prinzipiell zu begrüßen.

Zu den Alternativen, wie Verträgen nach § 64b SGBV:
Für unser Fachgebiet ist „mindestens ein Modellvorhaben pro Bundesland“ nicht umgesetzt worden. Diejenigen Modellvorhaben, die abgeschlossen wurden, kranken daran, dass der Gesetzgeber keinen Kontrahierungszwang für alle Kostenträger vorgesehen hat. Strukturell sind die AOKen – in ihrer ganzen bundesweiten Heterogenität – die Haupt-Versicherer unserer Patienten. Eine Fragmentierung auf einzelne Kassen wird im Bereich der Kinder nie funktionierende Modelle erbringen, da die Fallzahlen zu klein sind und das Argument des Wettbewerbs der Kassen hier nicht zielführend ist. Es müssen bei den wenigen realisierten Vorhaben in der bisherigen Form vor Ort also mehrere Angebotslinien und Abrechnungssysteme vorgehalten werden – bei oft zu kleinen Zahlen, die keine gute Evaluation ermöglichen.

Zu detaillierteren Ausführungen sind wir gerne bereit.

Die Vorstände der DGKJP und der BAG KJPP

i.A.

Prof. Dr. med. Renate Schepker Prof. Dr.med. Michael Kölch

Bundesdirektorenkonferenz
Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken
für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V.

Prof. Dr. Thomas Pollmächer , Klinikum Ingolstadt, Krumenauerstr. 25, 85049 Ingolstadt

Deutsche Krankenhausgesellschaft
Dezernat VII
Wegelystr. 3

10623 Berlin

06.05.2019

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer
Direktor und Chefarzt
Zentrum für psychische Gesundheit
Klinikum Ingolstadt GmbH
Krumenauerstraße 25
85049 Ingolstadt
Tel.: 0841-880-2200
Fax: 0841-880-2209
E-mail: thomas.pollmaecher@klinikum-ingolstadt.de

Dr. med. Sylvia Claus
Stv. Ärztliche Direktorin und Chefärztin
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie
Pfalzklinikum für Psychiatrie und Neurologie AdöR
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
Tel.: 06349 900 2001
Fax: 06349 900 2099
E-Mail: sylivia.claus@pfalzklinikum.de

Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
Ärztliche Direktorin und Chefärztin
Abt. Allgemeine Psychiatrie II
LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln
Wilhelm-Griesinger-Str. 23
51109 Köln
Tel.: 0221-8993629
Fax: 0221-8993593
E-Mail: euphrosyne.gouzoulis-mayfrank@lvr.de

Dr. med. Felix Hohl-Radke
Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Asklepios Fachklinikum Brandenburg
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Anton-Saefkow-Allee 2
14772 Brandenburg
Tel.: 03381-78-2156
Fax 03381-78-2366
E-Mail: f.hohl@asklepios.com

Prof. Dr. med. W. Jordan, MBA, MIM
Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
KLINIKUM MAGDEBURG gemeinnützige GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Birkenallee 34
39130 Magdeburg

Tel.: 0391-791-3400
Fax: 0391-791-3403
E-Mail: wolfgang.jordan@klinikum-magdeburg.de

Dr. med. Stephan Schieting
Zentrum für Psychiatrie
Neubronnstraße 25
79312 Emmendingen
Tel.: 07641-461-1021
Fax: 07641-461-2915
E-Mail: s.schieting@zfp-emmendingen.de

Schatzmeister
Prof. Dr. Wolfgang Schreiber M.A.
Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Bezirksklinikum Mainkofen
94469 Deggendorf
Tel.: 09931-87-20000
Fax: 09931-87-20099
E-Mail: w.schreiber@mainkofen.de

Bankverbindung:
Bundesdirektorenkonferenz (BDK) e.V.
Prof. Dr. W. Schreiber
HypoVereinsbank
BLZ 100 208 90
Konto-Nr.: 355 370 968
IBAN: DE29100208900355370968
BIC: HYVEDEMM488
Steuer-Nr. 208107/30588

Stellungnahme der Bundesdirektorenkonferenz für den Bericht nach § 17 d Abs. 4 Satz 9 KHG zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie mit Anschreiben vom 09.04.2019 Gelegenheit gegeben haben, im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens einen Beitrag zu leisten. Wir werden unsere Rückäußerung allerdings sehr kurz halten, weil sich die Situation durch das Inkrafttreten des PsychVVG zum01.01.2017 ja nochmals deutlich verändert hat. Auf die spezifischen Auswirkungen des PsychVVG, die in der Tat bisher nicht wirklich absehbar sind, kann sich der Bericht nicht beziehen, so dass es im Grunde genommen nur um die Jahre 2013 bis 2016 gehen wird.

Die Auswirkungen der schrittweisen, aber letztendlich ja nicht vollständigen Einführung des Systems in dieser Zeit waren im Bereich der Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, die die Bundesdirektorenkonferenz vertritt, zunächst durch eine zögerliche Annahme der Optionsphase gekennzeichnet. Diejenigen Kliniken, die in den ersten Jahren optiert haben, berichteten von einem immensen bürokratischen Aufwand, der sich im Wesentlichen auf die Dokumentation bezog. Darüber hinaus waren die Kliniken zu erheblichen Umstellungen ihrer IT-Infrastruktur gezwungen, was anfänglich zu tw. massiven Friktionen führte. Es muss davon ausgegangen werden, dass der zusätzlich personelle Aufwand, der den Kliniken dadurch entstanden ist und der aus-

schließlich aus dem ohnehin sehr knapp bemessenen therapeutischen Personal gedeckt werden konnte, über 15 % der verfügbaren Personalstärke ausmachte. Soweit erkennbar hatte die Einführung des Systems, abgesehen von technischen Effekten (Fallzusammenführung) keine Auswirkungen auf die Häufigkeit von Krankenhausaufnahmen, die Verweildauer oder die Diagnosestellung.

Das System hat sich nicht als hilfreich zu Aufenthaltsdauer und –steuerung erwiesen, die weiterhin – wie zu erwarten – nicht ohne diagnostische PEPP Kategorien, sondern durch den individuellen Patientenbedarf bestimmt sind.

Einen wesentlichen Einfluss hatte das System allerdings auf die Prüfraten durch den MDK, die immens nach oben schnellten und in vielen Kliniken mittlerweile über 10 % liegen. Diese Prüfungen werden in einem erheblichen Umfang ohne Bezug zur klinischen Realität durchgeführt und zielen im Wesentlichen darauf ab, klinische Befunde in Frage zu stellen, die zu einer höheren Vergütung oder einer Verlängerung der Verweildauer geführt haben.

Insofern sind die Anwendungserfahrungen mit dem System bisher im Wesentlichen aus medizinischer Sicht negativ, da er immense Dokumentationsaufwand nicht zu einer sachgerecht differenzierten Vergütung geführt, sondern im Wesentlichen den administrativen Aufwand vermehrt hat.

Zu dem Modellvorhaben nach § 64 b SGB V liegen der BDK keine spezifischen Erkenntnisse vor, weshalb wir auf die Äußerungen anderer Fachverbände verweisen möchten.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Th. Pollmächer
Vorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz

ackpa
arbeitskreis der
chefärztinnen und chefärzte der
kliniken für
psychiatrie und psychotherapie an
allgemeinkrankenhäusern in deutschland

Sprecher:
Dr. med. Christian Kieser
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH
In der Aue 59
14480 Potsdam

Deutsche Krankenhausgesellschaft

Dezernat VII

Wegelystraße 3

10623 Berlin

Potsdam, den 06.05.2019

Stellungnahme des Arbeitskreises der Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa) für den Bericht 17d Abs. 4 Satz 9 KHG zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen von ackpa möchte ich mich für Ihr Schreiben vom 9. April 2019 und die Möglichkeit bedanken, über die Erfahrungen und Auswirkungen von PEPP zu berichten.

Im Folgenden wird zu den Auswirkungen des PEPP-Systems auf die Versorgungsrealität der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern Stellung genommen. Es werden Entwicklungen im stationären und teilstationären Setting seit Einführung von PEPP im Jahr 2013 dargestellt. Die Einschätzungen gründen auf Erfahrungswerten und werden kursorisch dargestellt.

Nach Kenntnis von ackpa gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Kliniken, die für eine Abrechnung nach der PEPP-Systematik optiert hatten, und den Kliniken, die weiterhin nach dem konventionellen Bundespflegesatz abgerechnet haben.

Zudem sind keine Veränderungen in folgenden Bereichen festzustellen:

- Keine Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen
- Keine Auswirkungen auf die Patientenpopulation bzw. das Diagnosespektrum
- Keine Auswirkungen auf Behandlungsqualität, so setzt PEPP u.a. keine Anreize, die Implementierung von Leitlinien zu fördern.
- Keine Veränderung therapeutisch-konzeptioneller Ansätze
- Es gibt keine Hinweise dafür, dass die weitere Zunahme der Bettenzahlen in einem kausalen Zusammenhang mit der PEPP-Systematik steht, sondern eher durch andere Faktoren bedingt ist.
- Die Veränderungen der Fallzahlen sind mit aller Wahrscheinlichkeit nicht auf die PEPP-Systematik zurückzuführen, sondern ist möglicherweise durch vielfältige Faktoren innerhalb des gesamten stationären und ambulanten sowie außerklinischen psychosozialen Versorgungsystems zu erklären.

- Bis dato sind keine Auswirkungen auf die Verweildauer zu erkennen. Möglicherweise hat der Degressionsfaktor nach budgetwirksamer Anwendung der PEPP-Systematik Auswirkungen auf die Verweildauer.
- Eine Leistungsverlagerung in andere Bereiche ist nicht erkennbar.

Hingegen sind teilweise erhebliche Veränderungen in folgenden Bereichen festzustellen:

- Deutliche Zunahme an Dokumentations- und Kodieraufwand, der personell durch die Psych-PV nicht abgedeckt ist.
- Schulungsmaßnahmen der Mitarbeiter
- Investition und Aufbau von IT-Strukturen und Softwarelösungen
- Veränderungen in der Personalstruktur mit Ersatz von therapeutisch/pflegerischem Personal durch Dokumentationsassistenten, um Dokumentations- und Kodieraufwand zu bewältigen
- Veränderungen im Kodierverhalten, möglicherweise Zunahme an Nebendiagnosen und diagnostischer Abbildung somatischer Komorbiditäten.
- Deutliche Zunahme an MDK-Prüfquote mit sehr personal- und zeitaufwendigem Prüfverfahren. Die Überprüfung konzentriert sich u.a. auf die OPS-Kodes, die aus der Dokumentation abgeleitet werden.
- Zu vermuten sind erhebliche organisatorische und personelle Anpassungen bei den Kostenträgern und dem MDK.
- Das chefärztliche Arbeitsfeld „Wie bewege ich meine Klinik so im PEPP-System, dass uns keine Gefahren drohen (wie z.B. Erlösminderung/Personalabzug)“ ist als Aufgabenbereich neu hinzugekommen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im klinischen Bereich einschließlich der Behandlungsqualität wie auch auf struktureller Ebene keine erheblichen Veränderungen nachzuvollziehen sind, die kausal durch die Einführung der PEPP-Systematik begründet werden können. Positiv betrachtet kann möglicherweise darauf hingewiesen werden, dass bis dato auf einer klinischen Ebene keine gravierenden Fehlanreize zu erkennen sind. Allerdings sind diese Einschätzungen mit erheblichen Einschränkungen und als vorläufig zu betrachten, da die budgetwirksamen Auswirkungen von PEPP noch nicht absehbar sind.

Dramatische Veränderungen haben sich durch eine Zunahme der Kodierung und Dokumentation sowie MDK-Prüfungen um den Faktor zwei bis drei ergeben, die mit der PEPP-Systematik in einem Zusammenhang zu bringen sind. Damit geht ein erheblicher Zeit- und Personalaufwand einher, der durch die Psych-PV nicht abgebildet ist und damit der Patientenversorgung entzogen wird. Darüber ist eine Verschlechterung der Behandlungsqualität anzunehmen, die von den Mitarbeitenden auch so wahrgenommen wird.

Christian Kieser

Sprecher von ackpa

Stellungnahme

Stellungnahme der BPtK nach § 17d Absatz 4 Satz 9 KHG zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychosomatische und psychiatrische Einrichtungen

06.05.2019

BPtK
Klosterstraße 64, 10179 Berlin
Tel.: 030. 278 785 - 0
Fax: 030. 278 785 - 44
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 3

2. Transparenz über das Leistungsgeschehen in den Einrichtungen 3

- Qualitätssicherung mit Routinedaten 3
- Abbildung einer leitlinienorientierten Behandlung 4
- Anforderungen an den OPS 4
- Gesetzliche Vorgaben für die Überarbeitung des OPS 5

3. Nachweis der Stellenbesetzung gemäß § 18 BPflV (Psych-PV-Nachweise) 5

1. Einleitung

Im Zuge der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) wurden auch Regelungen für mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen und die Strukturqualität in den Einrichtungen beschlossen. Zu diesen Regelungen zählen die Einführung einer verbindlichen und einheitlichen Leistungsdokumentation mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) sowie die Verpflichtung der Einrichtungen nachzuweisen, inwieweit sie die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) erfüllen. Ab dem Jahr 2020 gilt dies für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in einer Richtlinie festgelegten Vorgaben zur Personalausstattung der Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik. Hinsichtlich der Ausgestaltung und Umsetzung dieser Regelungen besteht aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) noch Weiterentwicklungs- und Verbesserungsbedarf.

2. Transparenz über das Leistungsgeschehen in den Einrichtungen

Seit dem Jahr 2010 sind die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik verpflichtet, ihre Leistungen mit dem OPS zu kodieren. Neben der Notwendigkeit der Leistungsdokumentation für die Entwicklung und Kalkulation des Entgeltsystems können die Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung sowie zur Herstellung von Transparenz über das Leistungsgeschehen gegenüber Patienten genutzt werden. So könnten die Daten des OPS perspektivisch auch dafür genutzt werden, um zu überprüfen, inwieweit die neuen verbindlichen Personalvorgaben des G-BA, wie vom Gesetzgeber intendiert, eine leitliniengerechte Versorgung in den Einrichtungen befördern. Auch für eine bessere Darstellung des Leistungsgeschehens in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser kann die Dokumentation über den OPS hilfreich sein.

- Qualitätssicherung mit Routinedaten

Um die OPS-Daten zur Qualitätssicherung nutzen und beurteilen zu können, ob und wie häufig in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit den neuen Personalvorgaben eine leitlinienorientierte Behandlung realisiert werden kann, werden Leistungsbeschreibungen benötigt, die geeignet sind, die in Leitlinien empfohlenen Behandlungsmaßnahmen abzubilden. Für diesen Zweck muss der OPS systematisch überprüft und weiterentwickelt werden. Der OPS muss Leistungsbeschreibungen enthalten, mit denen inhaltlich aussagekräftig und trennscharf kodiert werden kann, welche Leistungen ein Patient mit einem bestimmten Krankheitsbild während seines stationären Aufenthaltes erhält.

- Abbildung einer leitlinienorientierten Behandlung

Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien für psychische Erkrankungen enthalten vielfach spezifische Empfehlungen zum Einsatz von Psychotherapie und anderen nicht-medikamentösen Behandlungsverfahren sowie zur Pharmakotherapie. So empfiehlt die Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ bspw. zur Behandlung von schweren depressiven Episoden eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie. Eine leitlinienorientierte Therapie von schweren Zwangsstörungen besteht aus störungsspezifischer kognitiver Verhaltenstherapie einschließlich Exposition. Zudem gibt die S3-Leitlinie „Zwangsstörungen“ differenzierte Empfehlungen zur Psychopharmakotherapie. Zur medikamentösen Unterstützung der psychotherapeutischen Behandlung einer Zwangsstörung wird dabei bei Bedarf eine Behandlung mit Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) empfohlen. Von einer medikamentösen Behandlung mit Benzodiazepinen wird jedoch ausdrücklich abgeraten.

- Anforderungen an den OPS

Mit dem jetzigen OPS lassen sich diese Leistungen nicht bzw. nicht ausreichend differenziert und trennscharf abbilden. Darüber hinaus werden direkte Behandlungsleistungen und Leistungen, die nicht direkt am Patienten erbracht werden, zusammengefasst. So beinhalten die von den ärztlichen und psychologischen/psychotherapeutischen Berufsgruppen im OPS kodierbaren Therapieeinheiten sowohl psychotherapeutische Gespräche mit dem Patienten als auch Gespräche mit Richtern und Behördenvertretern, Angehörigengruppen oder Gespräche zum Monitoring der Psychopharmakotherapie. Auf dieser Basis kann nur schwer beurteilt werden, in welcher Intensität ein Patient Psychotherapie während seines stationären Aufenthaltes erhalten hat. OPS-Ziffern zur Kodierung von Maßnahmen der Psychopharmakotherapie existieren gar nicht. Zu prüfen wäre deshalb grundsätzlich auch, ob der OPS um Kodes für die Abbildung der Psychopharmakotherapie ergänzt werden sollte.

Die BPtK teilt die Auffassung, dass bei einer Weiterentwicklung des OPS immer auch der Aspekt der Datensparsamkeit und die Frage eines angemessenen Dokumentationsaufwands beachtet werden müssen. Eine reine „Verschlankung“ des OPS, wie sie gemäß § 9 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) vorgesehen ist, d. h. eine jährliche Vereinbarung von OPS-Kodes, die gestrichen werden können, genügt zwar dem Zweck einer Reduzierung des Dokumentationsaufwands, nicht aber einer Weiterentwicklung des OPS zu Zwecken der Qualitätssicherung. Hierfür ist eine inhaltlich sinnvolle Weiterentwicklung und gegebenenfalls Neustrukturierung des OPS erforderlich.

- Gesetzliche Vorgaben für die Überarbeitung des OPS

Aus Sicht der BPtK haben die bisherigen Erfahrungen mit der Überprüfung und Weiterentwicklung des OPS im Rahmen des jährlichen Vorschlagsverfahrens beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gezeigt, dass dieser Prozess aufgrund unzureichender inhaltlicher Rahmenvorgaben und aufgrund der divergierenden Interessen der Beteiligten nicht geeignet ist, die genannten Ziele zu erreichen. Die BPtK hält es deshalb für erforderlich, eine Überarbeitung und Neukonzeption des OPS durch entsprechende gesetzliche Vorgaben zu befördern. Der Gesetzgeber sollte dem DIMDI einen Auftrag zur Weiterentwicklung des OPS zur Abbildung einer qualitätsorientierten Versorgung erteilen.

3. Nachweis der Stellenbesetzung gemäß § 18 BPflV (Psych-PV-Nachweise)

Gemäß § 18 BPflV sind die Krankenhäuser verpflichtet, die Einhaltung der Personalstellenvorgaben gemäß Psych-PV für die Jahre 2016 bis 2019 und ab dem 1. Januar 2020 der verbindlichen Mindestpersonalvorgaben des G-BA jährlich gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK) sowie den Vertragsparteien nach § 11 BPflV nachzuweisen. Für die Jahre 2016 und 2017 sind die Krankenhäuser dieser Verpflichtung nur unvollständig nachgekommen. Für das Jahr 2016 haben 70 Prozent der Einrichtungen von der Ausnahmeregelung gemäß § 8 der Psych-Personalnachweis-Vereinbarung Gebrauch gemacht und sich von der Nachweispflicht befreien lassen.[1] Auch für das Jahr 2017 lagen zum Stichtag 31. Mai 2018 nur Stellenbesetzungsnachweise von 31 Prozent der Einrichtungen vor. Repräsentative Aussagen zum Umsetzungsgrad der Psych-PV lassen sich auf dieser Datenbasis nicht treffen. Die Psych-PV-Nachweise haben damit ihr Ziel, die erforderliche Transparenz über das tatsächlich vorhandene Personal in den Einrichtungen herzustellen, bisher leider nicht erreicht. Auch bei der konkreten Ausgestaltung der Nachweise besteht aus Sicht der BPtK Verbesserungsbedarf. Die derzeitigen Nachweisregelungen gemäß Psych-Personalnachweis-Vereinbarung lassen die Anrechnung externer Beschäftigter, von Überstunden und Bereitschaftsdiensten sowie eine anteilige Berücksichtigung von Auszubildenden einschließlich Psychotherapeuten in Ausbildung zu. Zudem müssen die Nachweise ausschließlich auf Einrichtungsebene geführt werden, eine Unterteilung der Nachweise nach Stationen oder zumindest Abteilungen und eine gesonderte Darstellung der Ausfallzeiten und der Anzahl der Leitungskräfte ist nicht vorgesehen. Damit ist letztlich nicht beurteilbar, wieviel und welches Personal tatsächlich auf den Statio-

[1] Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN (Bundestags-Drucksache 19/4023) vom 23.08.2018. http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/040/1904023.pdf.

nen und in den Abteilungen zur Verfügung steht. Aber auch auf Einrichtungsebene ergeben sich Unschärfen, wieviel Personal der verschiedenen Berufsgruppen mit welchem Stundenumfang tatsächlich für die klinische Versorgung der Patienten eingesetzt worden ist.

Personalvorgaben und zukünftig die Mindestpersonalstandards des G-BA können ihre Funktion im Sinne einer Sicherung der Strukturqualität nur dann erfüllen, wenn das Personal auch tatsächlich in den Einrichtungen und deren Abteilungen eingesetzt wird. Um dies sicherzustellen, bedarf es klarer und eindeutiger Regelungen zur Transparenz und zur Kontrolle. Aufgrund der unterschiedlichen Interessenlagen der Selbstverwaltungspartner, die vom Gesetzgeber mit der konkreten Ausgestaltung der Psych-PV-Nachweise beauftragt wurden, und vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen erscheint es fraglich, ob es diesen künftig gelingt, hier zu sachgerechten Lösungen zu kommen. Aus Sicht der BPtK ist deshalb zu prüfen, inwieweit konkretere Vorgaben des Gesetzgebers geeignet sind, diesen Prozess zu unterstützen.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co. KG, Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333