

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

**Auftrag nach § 17d Abs. 8 KHG
Endbericht für die Datenjahre 2011–2018**

4. August 2020

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

Jan-Frederik Marx
Norbert Birkner
Clara Coellen
Lukas Kwietniewski

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. Die Verschiebung der verpflichtenden Einführung des PEPP-Entgeltsystems durch den Gesetzgeber hat dazu geführt, dass im von der Begleitforschung abgedeckten Zeitraum noch keine Daten für die Zeit nach der verpflichtenden bzw. faktischen Einführung zur Verfügung standen. Da zu erwarten ist, dass sich mögliche Auswirkungen frühestens zwei bis drei Jahre nach der verpflichtenden bzw. faktischen Einführung einstellen, könnte eine Evaluation der Effekte der verpflichtenden Einführung aufgrund des Zeitversatzes der Datenverfügbarkeit frühestens im Jahr 2022 stattfinden.

Der vorliegende Bericht zum Ende des zweiten Forschungszyklus basiert auf Daten für die Jahre 2011 bis 2018. Als Erweiterung der Endberichte zur Nullpunktmessung und zum ersten Forschungszyklus verfolgt dieser Bericht das Ziel, mithilfe deskriptiver und inferenzstatistischer Methoden Veränderungen in den durch den Auftraggeber vorgegebenen Indikatoren zu messen und diese 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 Versorgungsspekte zuständigen obersten Landesbehörden – herangezogen. Auf dieser Basis werden deskriptive statistische Kennzahlen und inferenzstatistische Modelle für einzelne Jahre oder Untergruppen berechnet und anschließend diskutiert. Bei der verbalen Interpretation der Ergebnisse des vorliegenden Endberichts sind etwaige Einschränkungen der Datengrundlagen zu berücksichtigen. Diese Einschränkungen beziehen sich vor allem auf die intertemporale Vergleichbarkeit der Ergebnisse auf Basis der Befragungen. Da sich die Komposition der an den Befragungen freiwillig teilnehmenden Akteuren des Gesundheitswesens zwischen den Forschungszyklen verändert hat, können intertemporale Veränderungen in den Ergebnisse auch auf etwaige strukturelle Unterschiede der jeweils teilnehmenden Akteure zurückzuführen sein (Details siehe Kapitel 3.1.1).

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 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 auf 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 12,5 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. Daher kann auch zum Ende des zweiten Forschungszyklus keine im zeitlichen Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems stehende Veränderung des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung konstatiert werden.

Veränderungen der Strukturen (Kapitel 5): Die Ergebnisse der durchgeführten Analysen deuten auf eine Kontinuität 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. Steigende teilstationäre Fallzahlen sowie die Zunahme der Kontakte zu Psychiatrischen Institutsambulanzen zeigen eine Steigerung der Behandlungsquantität in Einrichtungen der stationsnahen ambulanten Versorgung auf. 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 ambulante Behandlungsangebot eher ausgeweitet wurde, ohne dass eine Verschiebung vom stationären zum ambulanten Versorgungsbereich stattgefunden hat. Auf Basis der vorliegenden empirischen Analysen zum Ende des zweiten Forschungszyklus ist kein durch die Einführung des PEPP-Entgeltsystems ausgelöster Effekt auf die Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung nachweisbar.

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 nach TGPS abrechnen, im Zeitraum nach der optionalen Einführung des PEPP-Entgeltsystems im Vergleich zum Zeitraum 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): Bis einschließlich 2018 steigt die Zahl der Behandlungstage im Psych-Entgeltbereich sowohl vor als auch nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems. Diese Zunahme geht mit der ebenfalls beobachteten Steigerung der Fallzahlen und einem moderaten Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer je Fall einher. Der zunächst beobachtete Anstieg bei den Anteilen von Regel- und Intensivbehandlungstagen im Zeitraum von 2011 bis 2018 konnte im Rahmen einer inferenzstatistischen Überprüfung nicht auf die freiwillige Einführung des PEPP-Entgeltsystems zurückgeführt werden. Auf Basis dieser Analyse lässt sich daher kein Zusammenhang zwischen dem PEPP-Entgeltsystem und Veränderungen im Behandlungsspektrum ableiten. Mithilfe inferenzstatistischer Methoden konnte gezeigt werden, dass die Verweildauer in der Gruppe der PEPP-Optionshäuser nach 2013 um durchschnittlich 0,8 Tage länger war als in der entsprechenden TGPS-Vergleichsgruppe. Da sich die Gruppen allerdings schon im Ausgangsniveau der Verweildauern deutlich unterscheiden, ist eine Selbstselektion bei der Optierung für die PEPP-Abrechnung zu vermuten. Insofern hat die Einführung des

PEPP-Entgeltsystems mit hoher Wahrscheinlichkeit im betrachteten Zeitraum keine statistisch valide messbare 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 gesunken. Der Anteil der Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen ist zwischen 2011 und 2017 um ca. 12 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 auch 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.

Veränderungen der Qualität (Kapitel 9): Unterschiede in den Prozess- und Strukturqualitätsmerkmalen zwischen den Einrichtungen, die zwischen 2013 und 2017 optiert bzw. nicht optiert haben, betreffen u. a. die Erfüllung und Ausfinanzierung des Personalbedarfs (gem. Psych-PV) sowie klinische Abläufe (z. B. beim Aufnahmeprozess und bei klinischen Behandlungspfaden). Bei der Entlassung von PatientInnen treten Unterschiede zwischen PEPP-Optionshäusern und TGPS-Häusern auf: So wird ein Entlassmanagement (gem. § 39 SGB V) in den Optionshäusern sehr viel häufiger angewendet als in den Nicht-Optionshäusern. Während die Behandlungserfolge von den PEPP-Optionshäusern insgesamt etwas positiver bewertet werden als von den Nicht-Optionshäusern, kann für die PEPP-Optionshäuser in der Zeit ab 2013 eine Zunahme des Anteils der gegen ärztlichen Rat entlassenen Krankenhausfälle inferenzstatistisch nachgewiesen werden. In der Gesamtbetrachtung kann nicht zweifelsfrei von einem Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Behandlungsqualität und der Einführung des PEPP-Entgeltsystems gesprochen werden.

Sonstige Veränderungen (Kapitel 10): In der Gesamtbetrachtung dieses Kapitels zeigen sich verschiedene 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 ein 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. Es bleibt jedoch abzuwarten, inwieweit es sich hier um einen dauerhaften oder einmaligen Mehraufwand handelt.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	2
2	Systematische Literaturübersicht	5
2.1	Veränderungen des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung	6
2.2	Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung	8
2.3	Veränderungen der Fallzahl in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung	10
2.4	Veränderungen der Behandlung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung	12
2.5	Veränderungen der Kodierung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung	16
2.6	Veränderungen der Qualität in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung	20
3	Daten und Methodik	23
3.1	Daten	23
3.2	Öffentlicher Zugang	41
3.3	Methoden	42
4	Veränderungen des Zugangs	51
4.1	Regionale Pflichtversorgung	53
4.2	Infrastrukturelle und geografische Zugangsfaktoren	59
4.3	Diskussion	64
5	Veränderungen der Strukturen	68
5.1	Versorgungs- und Leistungsstrukturen des stationären Sektors	70
5.2	Integrierte Versorgung und Modellvorhaben	83
5.3	Verschiebung zwischen DRG und PEPP	85
5.4	Reha, Krankenpflege und Soziotherapie	86
5.5	Komplementäre und ambulante Versorgung	89
5.6	Diskussion	90
6	Veränderungen der Fallzahl	95
6.1	Entwicklung der Fallzahlen	98

6.2	Diskussion	103
7	Veränderungen der Behandlung	106
7.1	Behandlungsspektrum und Therapieformen	108
7.2	Krankenhausprozesse	116
7.3	Diskussion	118
8	Veränderungen der Kodierung	121
8.1	Entwicklung der Kodierung	123
8.2	Diskussion	129
9	Veränderungen der Qualität	131
9.1	Strukturqualität	132
9.2	Prozessqualität	135
9.3	Ergebnisqualität	146
9.4	Diskussion	150
10	Sonstige Veränderungen	153
10.1	Aufwand der Krankenhäuser	154
10.2	Leistungsausgaben der GKV	159
10.3	Strukturen von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen . .	160
10.4	Diskussion	174
11	Fazit und Ausblick	181
	Literaturverzeichnis	182
A	Erhebung Primärdaten	190
A.1	Befragung stationärer Einrichtungen	190
A.2	Befragung der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen . .	214
A.3	Befragung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung	222
B	Veränderung des Zugangs	231
B.1	Systematische Literaturübersicht	231
B.2	Tabellarische Darstellungen	232
C	Veränderungen der Strukturen	239
C.1	Systematische Literaturübersicht	239
C.2	Tabellarische Darstellungen	240
D	Veränderungen der Fallzahl	247
D.1	Systematische Literaturübersicht	247
D.2	Tabellarische Darstellungen	249
E	Veränderungen der Behandlung	252
E.1	Systematische Literaturübersicht	252

E.2	Tabellarische Darstellungen	254
F	Veränderungen der Kodierung	259
F.1	Systematische Literaturübersicht	259
F.2	Tabellarische Darstellungen	261
G	Veränderungen der Qualität	265
G.1	Systematische Literaturübersicht	265
G.2	Tabellarische Darstellungen	266
H	Sonstige Veränderungen	272
H.1	Tabellarische Darstellungen	272

Abbildungsverzeichnis

3.1	Mittlere Anzahl abgerechneter vollstationär behandelter Fälle (Stichprobe)	32
3.2	Auswahl von Indikatoren und Darstellungsoptionen	41
3.3	Zentrale Phasen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems	43
3.4	Difference-in-differences-Methode	46
4.1	Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)	55
4.2	Anteil der vollstationären Fälle mit Wohnsitz außerhalb des regionalen Pflichtversorgungsbereiches	56
4.3	Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)	57
4.4	Anzahl Krankenhäuser mit mehr als 50 Fällen	59
4.5	Anzahl aufgestellter Betten	60
4.6	Anteil nicht in nächstgelegenen Krankenhaus aufgenommener Fälle an allen Fällen (in Prozent)	61
4.7	Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke)	62
4.8	Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke; nur Strecken < 50 km)	63
5.1	Mittlere Gesamtinvestitionen je Bett	78
5.2	Anzahl Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen	82
5.3	Anzahl Modellprojekte	84
5.4	Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychothera- peutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich)	85
5.5	Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie) . .	86
5.6	Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik)	87
5.7	Ausgaben für Soziotherapie (in Euro)	88
5.8	Anzahl Fälle in Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V . .	89
5.9	Anzahl Tage mit Konsultationen in Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß PIA-Dokumentation	90
6.1	Anzahl Fälle	98
6.2	Anzahl PatientInnen	99
6.3	Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent)	100
6.4	Anzahl Fälle	101
6.5	Anzahl PatientInnen	102

7.1	Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten gruppentherapeutischen Verfahren (in Prozent)	110
7.2	Anzahl Behandlungstage	111
7.3	Anteil Behandlungstage mit Regelbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)	112
7.4	Anteil Behandlungstage mit Intensivbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)	113
7.5	Anzahl Fälle mit Regelbehandlung (Erwachsene; vollstationär)	114
7.6	Anzahl Fälle mit Intensivbehandlung (Erwachsene; vollstationär)	115
7.7	Mittlere Verweildauer (in Tagen)	116
7.8	Mittlere Verweildauer (in Tagen)	117
8.1	Verhältnis Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung (in Prozent)	123
8.2	Anzahl Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen . . .	124
8.3	Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes	125
8.4	Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)	126
8.5	Anzahl Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen . . .	127
8.6	Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)	128
9.1	Änderung der PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung	143
9.2	Anteil entlassener Fälle mit mindestens einem Arztkontakt innerhalb von einem Folgequartal nach Entlassung (in Prozent)	144
9.3	Anteil entlassener Fälle mit mindestens einem Arztkontakt innerhalb von drei Folgequartalen nach Entlassung (in Prozent)	145
9.4	Änderung des Behandlungserfolges	146
9.5	Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent)	147
9.6	Anzahl Entlassungen gegen ärztlichen Rat	148
9.7	Anteil Entlassungen gegen ärztlichen Rat an allen Fällen (vollstationär; in Prozent)	149
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 Krankenhausaussgaben 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 beschäftigter MitarbeiterInnen	161

10.6	Mittlere Anzahl nach PEPP abgerechneter vollstationärer Fälle pro MitarbeiterIn	163
10.7	Mittlere Anzahl Schulungstage pro MitarbeiterIn	165
10.8	Mittlere Anzahl Fallsteuerungen bzw. auffälliger Fälle pro 100 Fälle	166
10.9	Durchschnittliche Veränderung im Aufwand pro Rechnungsprüfung für nach PEPP abgerechnete Fälle (in Prozent)	168
10.10	Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die nach TGPS abgerechnet wurden	169
10.11	Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die nach PEPP abgerechnet wurden	170
10.12	Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die nach TGPS abgerechnet wurden	171
10.13	Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die nach PEPP abgerechnet wurden	172
10.14	Anteil Widerspruchsverfahren an allen Fallprüfungen (in Prozent)	173
B.1	Studienauswahl zu „Veränderungen des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“	232
C.1	Studienauswahl zu „Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“	240
D.1	Studienauswahl zu „Veränderungen der Fallzahl in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“	248
E.1	Studienauswahl zu „Veränderungen der Behandlung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“	253
F.1	Studienauswahl zu „Veränderungen der Kodierung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“	260
G.1	Studienauswahl zu „Veränderungen der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“	266

Tabellenverzeichnis

3.1	Datenquellen und Auswertungen in den drei Forschungszyklen	24
5.1	Mittlere Anzahl beschäftigter ÄrztInnen	70
5.2	Mittlere Anzahl beschäftigter Diplom-PsychologInnen	72
5.3	Mittlere Anzahl der in neuen Berufsgruppen Beschäftigten	73
5.4	Mittlere Anzahl VerwaltungsmitarbeiterInnen	74
5.5	Anzahl ausgelagerter Verwaltungsbereiche	76
5.6	Durchschnittliches Investitionsvolumen (in Tsd. Euro)	77
5.7	Mittlere Gesamtinvestitionen je Fall	79
5.8	Mittlere Gesamtinvestitionen je Berechnungstag	79
5.9	IT-Infrastruktur	80
5.10	Verwendete Software	81
5.11	Mittlere Anzahl von Versicherten mit Verträgen zur integrierten Versorgung	83
7.1	Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten einzeltherapeutischen Verfah- ren oder Schwerpunkten (in Prozent)	108
7.2	Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen einzeltherapeutischen Verfahren oder in neuen Schwerpunkten behandelt wurden	109
7.3	Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen gruppentherapeutischen Verfahren behandelt wurden	111
9.1	Personalbedarf nach Psych-PV, besetzte Stellen und Grad der Erfüllung .	133
9.2	Mittlerer Umsetzungsgrad klinischer Abläufe bei Aufnahme	135
9.3	Mittlerer Umsetzungsgrad klinischer Strukturen während der Behandlung .	136
9.4	Mittlerer Umsetzungsgrad von Personalstrukturen und internen Interak- tionen	137
9.5	Mittlerer Umsetzungsgrad von Prozessen des Entlassmanagements	138
9.6	Anteil Einrichtungen mit Entlassmanagement nach § 39 SGB V	139
9.7	Mittlere Anzahl Fälle, für die Entlassmanagement nach § 39 SGB V durch- geführt wurde	139
9.8	Mehraufwand für MitarbeiterInnen im medizinisch-pflegerischen Bereich durch PEPP in Minuten pro Fall	140
9.9	Häufigkeit eines gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Region	141
9.10	Bewertung gemeindepsychiatrischer Verbunde	141
9.11	Relevanz der Netzwerke	142
10.1	Mittlere Anzahl und Anteil (in Prozent) der Fälle mit Einzelfallprüfungen	154

10.2	Mittlere Anzahl Einzelfallprüfungen und Anteile (in Prozent) an Korrekturen und Streichungen bei nach PEPP abgerechneten Fällen	155
10.3	Mittlere Anzahl Einzelfallprüfungen, Klageverfahren und Anteil (in Prozent) an Klageverfahren	156
10.4	Abgerechnete Fälle pro MitarbeiterIn und Anteil der PEPP-Fälle	163
10.5	Anteil Inhouse-Verfahren an allen Begutachtungen (in Prozent)	174
A.1	Bettenzahlen (laut Bettenplan)	210
A.2	Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze	210
A.3	Anzahl vollstationärer Fälle	210
A.4	Anzahl teilstationärer Fälle	210
A.5	Anzahl Berechnungstage	211
A.6	Verteilung der teilnehmenden Einrichtungen 2013–2015	212
A.7	Verteilung der teilnehmenden Einrichtungen 2016–2018	213
B.1	Suchbegriffe zu „Veränderungen des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“	231
B.2	Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)	232
B.3	Anteil der vollstationären Fälle außerhalb des regionalen Pflichtversorgungsbereiches	233
B.4	Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)	233
B.5	Anteil Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit an allen Fällen (vollstationär; in Prozent)	234
B.6	Anzahl der Krankenhäuser mit mehr als 50 Fällen	234
B.7	Anzahl aufgestellter Betten	235
B.8	Anteil nicht in nächstgelegenen Krankenhaus aufgenommener Fälle an allen Fällen (in Prozent)	236
B.9	Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke)	237
B.10	Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke; nur Strecken < 50 km)	237
B.11	Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke)	238
C.1	Suchbegriffe zu „Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“	239
C.2	Mittlere Gesamtinvestitionen je Bett	240
C.3	Anzahl Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen	241
C.4	Anzahl Modellprojekte	241
C.5	Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich)	242
C.6	Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie)	243
C.7	Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik)	244

C.8	Ausgaben für Soziotherapie (in Euro)	245
C.9	Anzahl Fälle in Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V . .	245
C.10	Anzahl Tage mit Konsultationen in Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß PIA-Dokumentation	246
D.1	Suchbegriffe zu „Veränderungen der Fallzahl in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“	247
D.2	Anzahl Fälle	249
D.3	Anzahl PatientInnen	250
D.4	Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent)	250
D.5	Anzahl Fälle	251
D.6	Anzahl PatientInnen	251
E.1	Suchbegriffe zu „Veränderungen der Behandlung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“	252
E.2	Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten gruppentherapeutischen Ver- fahren (in Prozent)	254
E.3	Anzahl Behandlungstage	255
E.4	Anteil Behandlungstage mit Regelbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)	255
E.5	Anteil Behandlungstage mit Intensivbehandlung an allen Behandlungsta- gen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)	256
E.6	Anzahl Fälle mit Regelbehandlung (Erwachsene; vollstationär)	256
E.7	Anzahl Fälle mit Intensivbehandlung (Erwachsene; vollstationär)	257
E.8	Mittlere Verweildauer (in Tagen)	257
E.9	Mittlere Verweildauer (in Tagen)	258
F.1	Suchbegriffe zu „Veränderungen der Kodierung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“	259
F.2	Verhältnis Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung (in Prozent)	261
F.3	Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen .	262
F.4	Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes	262
F.5	Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)	263
F.6	Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen .	263
F.7	Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)	264
G.1	Suchbegriffe zu „Veränderungen der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“	265
G.2	Änderung der PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung	266
G.3	Anteil entlassener Fälle mit mind. einem Arztkontakt innerhalb von einem Folgequartal nach Entlassung (in Prozent)	267

G.4	Anteil entlassener Fälle mit mind. einem Arztkontakt innerhalb von drei Folgequartalen nach Entlassung (in Prozent)	268
G.5	Änderung des Behandlungserfolges	269
G.6	Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent)	270
G.7	Anzahl Entlassungen gegen ärztlichen Rat	270
G.8	Anteil Entlassungen gegen ärztlichen Rat an allen Fällen (vollstationär; in Prozent)	271
H.1	Bereinigte Kosten (Psych-Fachabteilungen in Psych-Krankenhäusern; in Euro)	272
H.2	Bereinigte Kosten je Berechnungstag (Psych-Fachabteilungen in Psych-Krankenhäusern; in Euro)	273
H.3	Anteil Ausgaben für psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Krankenhäuser an allen Ausgaben (in Prozent)	274
H.4	Anteil Kassen mit Veränderungen im IT-Bereich für das PEPP-Entgeltsystem (in Prozent)	275
H.5	Mittlere Anzahl mit der Abrechnung psychiatrischer Fälle beschäftigter MitarbeiterInnen	276
H.6	Mittlere Anzahl nach PEPP abgerechneter vollstationärer Fälle pro MitarbeiterIn	277
H.7	Mittlere Anzahl Schulungstage pro MitarbeiterIn	278
H.8	Mittlere Anzahl Fallsteuerungen bzw. auffälliger Fälle pro 100 Fälle	279
H.9	Durchschnittliche Veränderung im Aufwand pro Rechnungsprüfung für nach PEPP abgerechnete Fälle (in Prozent)	280
H.10	Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die nach TGPS abgerechnet wurden	281
H.11	Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die nach PEPP abgerechnet wurden	282
H.12	Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die nach TGPS abgerechnet wurden	283
H.13	Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die nach PEPP abgerechnet wurden	284
H.14	Anteil Widerspruchsverfahren an allen Fallprüfungen (in Prozent)	284

Abkürzungsverzeichnis

BayPsychKHG	Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BQS Institut	BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH
Destatis	Statistisches Bundesamt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Groups / Diagnosebezogene Fallgruppen
EFP	Einzelfallprüfung
Einr.	Einrichtung
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
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
PPP-RL	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
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
VÄ	Vollzeitäquivalent

Hintergrund, Literaturübersicht sowie Daten und Methoden der Begleitforschung

1. Einleitung

Gesetzlicher Hintergrund Mit der Einführung des „pauschalierenden Entgeltsystems 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 beim PEPP-System um tagesbezogene Pauschalen und nicht – wie beim DRG-System – um (Fall-)Pauschalen je Aufenthalt handelt. Somit ist davon auszugehen, dass vom PEPP-Entgeltsystem andere Anreize für die Leistungserbringung ausgehen als vom DRG-System.

Initial für das neue Vergütungssystem ist das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz ([KHRG](#)) aus dem Jahr 2009, das die Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems und eine freiwillige budgetneutrale Umstellung ab 2013 vorsah. Die Einführung wurde im Psychiatrie-Entgeltgesetz ([PsychEntG](#)) 2012 konkretisiert: Zunächst konnten Krankenhäuser in den Jahren 2013 und 2014 für das neue System optieren (Optionsphase). Anschließend war eine verpflichtende Einführung für alle Krankenhäuser geplant. Diese sollte 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 sich seit dem 1.1.2020 eine Phase an, in der das neue Entgeltsystem schrittweise budgetwirksam wird. Ab diesem Zeitpunkt tritt auch die Richtlinie zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik ([PPP-RL](#)) in Kraft. Durch sie werden verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal bestimmt. Damit folgt die PPP-RL der bisher gültigen Psychiatrie-Personalverordnung ([Psych-PV](#)), die die Regelung zum Personalbedarf enthielt (vgl. Art. 7 und 8 PsychEntgG).

Begleitforschung 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 Veränderungen 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 zweiten Forschungszyklus basiert auf Daten für die Jahre 2011 bis 2018. Als Erweiterung der Endberichte zur [Nullpunktmessung](#) und zum [ersten Forschungszyklus](#) verfolgt dieser Bericht das Ziel, Veränderungen in bestimmten Indikatoren, die potenziell im Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems stehen, auf Basis von Daten, welche die gesamte Optionsphase umfassen, zu messen und zu diskutieren. Dies erfolgt mithilfe deskriptiver und inferenzstatistischer Methoden.

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. [56](#)]. Die Beantwortung der Forschungsfragen und die Diskussionen erfolgen jedoch auf Grundlage der Auswertungen sämtlicher verfügbarer Beobachtungen. Für detailliertere Auswertungen wird auf den explorativen Datenzugang (bfpsyqb.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 2018 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 2018 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 Ko-

dierung (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 wurden 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 1.8.2019 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 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 zusammengefasst dargestellt. Eine ausführliche Einführung sowie eingehende Definition der jeweiligen Themenblöcke im Kontext der Begleitforschung sowie eine Operationalisierung von Indikatoren erfolgen erst in späteren Kapiteln dieses Berichts (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“ [44]. 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 drei vor diesem Hintergrund in die systematische Literaturübersicht eingeschlossenen Publikationen wurden in den Jahren 2013 und 2014 veröffentlicht. Zwei Studien analysieren die ambulant-ärztliche Versorgung in Kanada [17, 45]. Eine der Studien untersucht die stationäre Krankenhausversorgung in einer chinesischen Provinz [28].

Gegenstand der Studien von Dahrouge et al. [17] und Muggah et al. [45] 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 zum Zugang zu Informationen via Telefon befragt. Während sich Dahrouge et al. [17] der Frage widmen, inwiefern die Bereitstellung und Erbringung hausärztlicher Versorgung für ökonomisch benachteiligte Menschen von der Organisations- und somit auch der Vergütungsform beeinflusst werden, evaluieren Muggah et al. [45], inwieweit der Zugang zur Versorgung innerhalb der verschiedenen Organisationsformen gewährleistet ist.

Zur quantitativen Analyse transformieren Muggah et al. [45] 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 im Vergleich zur Referenzkategorie einen um 7,5 bzw. 6,9 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 (-5.2) an (regressionsadjustiert, $p \leq 0,05$).

Dahrouge et al. [17] 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 (regressionsadjustiert, $p < 0,05$) 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. [28] 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. [17] und Muggah et al. [45] 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, Leistungserbringer, 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 von Muggah et al. [45] 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. [28] 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 patientInnenrele-

vante 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 [28, 45], findet eine Studie [17] einen Rückgang bei den ambulanten Arztbesuchen und damit eine Erschwerung des Zugangs unter einem Kopfpauschalenmodell.

Nur eine Studie [28] wurde im stationären Versorgungskontext durchgeführt. Da allerdings bei den dort beschriebenen Fallpauschalen für Krankenhäuser 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 [14, 43, 50] 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. [43] 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 [14] 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 kontrollieren 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. [50] untersuchen Daten von 4242 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 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. Die Autoren können jedoch keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Risiko, innerhalb von 15 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt in eine Pflegeeinrichtung verlegt zu werden, und der Einführung des prospektiven Vergütungssystems feststellen (Hazardrate 0,88; n. s.). Auch über den 15. Tag hinaus kann solch ein Effekt nicht beobachtet werden (Hazardrate 1,01; n. s.).

Die Studien von Chan und Ciol [14] und Qian et al. [50] 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 [14] und Qian et al. [50] einen Zeiteffekt, um eine trendbedingte Entwicklung herauszurechnen. Die Studienergebnisse von Manton et al. [43] beruhen außerdem auf einer explorativen Analysestrategie („latent class analysis“¹). Ein solches Vorgehen ist nicht mit statistischem Testen im Sinne einer konfirmatorischen Analyse gleichzusetzen.

Drei Studien aus den USA [43, 14, 50] 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. [43] 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. [50] bestätigt: Der Anteil der PatientInnen, die zunächst aus dem Krankenhaus nach Hause und dann innerhalb von zwei Monaten wieder in eine Pflegeeinrichtung aufgenommen werden, hatte sich unter der Pauschalvergü-

¹Bei einer „latent class analysis“ (LCA) 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.

tung 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 - nur eingeschränkt möglich. Zudem wurden die Analysen nicht speziell im psychiatrischen Bereich sowie 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 [61, 38, 43, 67, 55]. Eine Studie analysiert die ambulante Versorgung durch HausärztInnen in Kanada [63]. 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 [38] 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 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 von über 65 Jahren untersuchen Manton et al. [43] die Einführung einer prospektiven Vergütung über den Zeitraum Oktober 1983 bis September 1984 in den USA mithilfe einer „latent class analysis“ 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. [55] 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. [63] 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 Zählmodells (Negative Binomial-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. [67], 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. [55] sind vorsichtig zu interpretieren, da die Einführung der prospektiven Vergütung z. T. unter einem Jahr vor Ende des Untersuchungszeitraums lag. Manton et al. [43] führen wiederum eine explorative Analyse („latent class analysis“) durch. Hierbei werden die Individuen der Untersuchungstichprobe 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. [67] nutzen die „Veränderung der Wiederaufnahmerate“.

In der bisher zu den Auswirkungen pauschalierender Vergütungssysteme publizierten wissenschaftlichen Literatur ist kein eindeutiger Trend für die Entwicklung der Fallzahlen zu identifizieren. Zwei der von uns recherchierten Studien finden keinen statistisch signifikanten Effekt [61, 38]. Zwei Studien finden einen Rückgang der Fallzahlen im stationären Versorgungssektor [43, 55], wobei die Analysen von Manton et al. [43] keine statistisch signifikanten Effektschätzungen ergeben. Eine Studie [67] findet einen Rückgang der Wiederaufnahmerate. In einer Studie [63] 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. [63], 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 [61] untersuchen die Effekte der Einführung des Medicare-Medicaid-DRG-Systems 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 [38] analysieren den Wechsel von einem tagessatzbasierten zu einem prospektiven Vergütungssystem über die Jahre 1980 bis 1982 in 80 kommunalen Krankenhäusern in New Jersey (USA). Deskriptiv betrachtet sank die mittlere Verweildauer zwischen 1971 und 1984 von 8,6 auf 7,8 Tage. Mittels Zeitreihenregression auf Basis von Daten der American Hospital Association finden sie eine statistisch signifikante Reduktion der Verweildauer bei prospektiver DRG-Vergütung um 0,2 Tage ($p < 0,01$).

Manton et al. [43] 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. [19] 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 ≥ 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. [48] 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. [62] 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 Stunden 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 [68] 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, Prostataktomie). 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. [22] 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 [25] untersuchen die Einführung eines Misch-Systems (prospektive Vergütung mit tages- und kostenbasierten Vergütungsbestandteilen) im Vergleich zu Einzelleistungsvergütung 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. [28] 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. [42], Schuetz et al. [58] und Warnke et al. [65]. Für Italien untersuchen Louis et al. [42] die Einführung eines DRG-Systems im Jahr 1995 anhand von Daten aus 32 Krankenhäusern in der Region Friuli Venezia Giulia im Zeitraum von 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. [58] 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 einer

zuvor abgeschlossenen randomisierten kontrollierten Studie (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 Tage und 10,3 Tage, $p < 0,01$).

Ebenfalls für die Schweiz untersuchen Warnke et al. [65] 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. [19] zu nennen, bei der Unterschiede zwischen Gruppen einer nicht-randomisierten Studienpopulation lediglich mithilfe von F-Tests untersucht werden. Manton et al. [43] führen wiederum eine explorative Analyse („latent class analysis“) durch. Hierbei werden die Individuen der Untersuchungstichprobe 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 (6 Studien finden einen Rückgang der Verweildauer, 2 Studien finden keinen statistisch signifikanten Zusammenhang). 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 [54, 34].

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 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

Die 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, das 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 von 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 [13, 16, 60]. Eine Studie analysiert das Kodierverhalten in Krankenhäusern in Portugal [4]. Eine andere Studie [59] untersucht Veränderungen in der Kodierung in schwedischen Krankenhäusern. Eine der Studien analysiert Upcoding in der

²§ 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz 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.

stationären Neonatologie in Deutschland [41]. Eine weitere Studie untersucht, inwieweit sich Upcoding auf die Effizienz von regionalen Krankenhäusern in der Lombardei (Italien) auswirkt [6].

Die Studie von Carter et al. [13] 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 [16] 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, steigt (zwischen 0,08 für PatientInnen ≤ 70 Jahre und 0,11 für PatientInnen > 70 Jahren, $p < 0,01$).

Barros und Braun [4] 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 Prozentpunkte, $p < 0,01$). 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 [41] 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 Upcoding-Rate durch die inkorrekte Angabe von Geburtsgewichten zwischen 60 und 80 Prozent aller Geburten nahe vergütungsrelevanter Grenzwerte. Die geschätzten Mehreinnahmen der Krankenhäuser belaufen sich damit auf etwa 144 Mio. Euro.

Serden et al. [59] 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 einführten („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 stieg. 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. [6] 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 [60] untersuchen, inwieweit die Eigentümerverhältnisse von Krankenhäusern das 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 Krankenhäusern, die in For-Profit-Krankenhäuser umgewandelt wurden, gestiegen ist.

Barros und Braun [4] nutzen für ihre Schätzungen Regressionsmodelle für Paneldaten, die für patientInnen- sowie krankenhausspezifische Effekte adjustieren. Dafny [16] 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 [60] 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 danach, welche Gründe dies haben könnte.

Serden et al. [59] 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. [13] 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. [6] die Auswirkungen des Upcoding auf die Effizienz von Krankenhäusern 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 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 [60] finden Evidenz, welche 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 [6].

In der Publikation von Juerges und Koeberlein [41] 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 [60] 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 eingeschlossen. 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. [43] 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. [67] 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, n. s.), 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 [15] 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. [42] untersuchen die Einführung eines DRG-basierten Fallpauschalensystems in Italien im Jahr 1995. Mithilfe von Daten aus 32 Krankenhäusern der Region Friuli Venezia Giulia messen die AutorInnen Unterschiede in der Mortalität von stationär behandelten somatischen PatientInnen vor und nach der Intervention. Die Sterblichkeit in einem Zeitraum von 30 Tagen nach Entlassung aus dem stationären Aufenthalt war lediglich bei PatientInnen mit zerebrovaskulärer Erkrankung statistisch signifikant ($p < 0,05$) höher als im Vorzeitraum der Beobachtung.

Sood et al. [62] 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 Stunden 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. [58] 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), die 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. [50] legen ihren Analysen Daten von 4 242 Medicare-PatientInnen im Alter von ≥ 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 Leistungsanspruchnahme, sozioökonomische und -demografische Variablen). In der Studie von Louis et al. [42] 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. [43] beruhen auf einer explorativen Analysemethode („latent class analysis“). 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. [67] 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. 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, um intertemporale Veränderungen zu untersuchen. Gegenstände dieser Untersuchungen sind die von der Selbstverwaltung (Deutschen Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband und Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.) im Forschungsauftrag definierten Indikatoren. Diese Indikatoren werden auf Basis von Primär- und Sekundärdaten aus den Jahren 2011 bis 2018 operationalisiert.

Der vorliegende Endbericht zum zweiten Forschungszyklus umfasst dementsprechend die Datenjahre 2011 bis 2018. Im Kontext der Begleitforschung verfolgt er den 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 zweiten Forschungszyklus werden Primär- und Sekundärdaten aus den Jahren 2011 bis 2018 berücksichtigt. 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 Nullpunktmessung bzw. für den ersten Forschungszyklus relevant waren. 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

Lesehinweise Um den LeserInnen die Interpretation der Analysen zu erleichtern, werden in den Grafiken und Tabellen des vorliegenden Berichts für die Primärdaten jeweils Angaben zu den Befragungsteilnehmern aus dem ersten und zweiten Forschungszyklus gemacht. Hierfür wird die Bezeichnung n_1 für die Stichprobe des ersten Forschungszyklus und n_2 für die Stichprobe des zweiten Forschungszyklus verwendet. Da sich die Stichprobe der Befragten vom ersten auf den zweiten Forschungszyklus allerdings wesentlich verändert hat, sind die Datenpunkte in den Grafiken zwischen dem letzten Beobachtungsjahr des ersten

Forschungszyklus und dem ersten Jahr des zweiten Forschungszyklus nicht verknüpft. Hier ist zu beachten, dass die Unterschiede in den Ausprägungen der Indikatoren zwischen dem ersten und dem zweiten Forschungszyklus zum Teil stichprobenbedingt sind. Daher empfiehlt es sich, Niveausprünge zwischen dem ersten und dem zweiten Forschungszyklus eher vorsichtig zu interpretieren und insbesondere die Verläufe, die sich jeweils innerhalb der beiden Forschungszyklen abzeichnen, zu betrachten.

Bei Angaben aus den Befragungen werden aus Gründen der statistischen Belastbarkeit Mittelwerte erst ab drei Rückmeldungen ausgewiesen. Dieses Vorgehen dient auch zur Wahrung der Anonymität der befragten Einrichtungen/ Organisationen.

Konzeption Zur Beschreibung von Veränderungen im Hinblick auf die (freiwillige) 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-TherapeutInnen-Beziehung, das Entlassmanagement sowie das Versorgungsumfeld 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, bezogen auf die Jahre 2016 bis 2018, wurde im zweiten Forschungszyklus durchgeführt. Eine Nullpunktmessung, wie bei den anderen Indikatoren, war für die Krankenhausbefragung nicht vorgesehen.

Messinstrument Der Krankenhausfragebogen wurde in Abstimmung mit zahlreichen ExpertInnen 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., Status und ggf. Zeitpunkt der Einführung des PEPP-Entgeltsystems). 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 vorteilhaften und nach problematischen Aspekten im Bereich der Verwaltung der jeweiligen Einrichtung.

Teil B wird mit Fragen zum Leistungsspektrum (neue Einzeltherapien, neue Schwerpunkte bzw. neue gruppentherapeutische Verfahren) eröffnet, gefolgt von Fragen zu den klinischen Abläufen, zur Einschätzung der PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung, sowie Fragen zum Entlassmanagement und Versorgungsumfeld. Auch Teil B endet mit offenen Fragen, die sich auf die problematischen bzw. vorteilhaften Aspekte des PEPP-Entgeltsystems beziehen. Die meisten quantitativen Abfragen werden für die unterschiedlichen Jahre getrennt erfasst. Der Fragebogen, so wie er im zweiten Forschungszyklus eingesetzt wurde, ist dem Bericht beigelegt (Anhang A).

Der Fragebogen ist modular angelegt, sodass 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.

Nach Abschluss und Auswertung der Befragung des ersten Forschungszyklus wurden die Fragebögen in Abstimmung mit dem Auftraggeber überarbeitet. Durch die Änderungen wurde insbesondere versucht, den Kliniken die Beantwortung der Fragebögen zu erleichtern und damit deren Vollständigkeit und Rücklaufquote zu erhöhen. Die gestrichenen Fragen (beispielsweise Detailfragen oder Angaben zu sensiblen Unternehmensinformationen) wurden im ersten Forschungszyklus selten beantwortet. Die Kürzungen beziehen sich nicht nur auf die Krankenhausfragebögen, sondern auch auf den Krankenkassen- und den MDK-Fragebogen.

Ablauf der Datenerhebung und Datenbasis Die Befragung zu den Datenjahren 2016 bis 2018 wurde im Sommer 2019 durchgeführt. Die Stichprobe für den zweiten Forschungszyklus wurde der Teilnehmerliste des ersten Forschungszyklus entnommen und durch eine Abfrage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser des Verfahrensjahres 2017 ergänzt. Der Versand der Anschreiben inkl. Rückmeldebögen erfolgte schließlich am 22.5.2019 an 677³ Einrichtungen.

Die Einrichtungen, die sich mithilfe des Rückmeldebogens bis zur genannten Frist (12.6.2019) auf das postalische Anschreiben nicht zurückgemeldet hatten, wurden bis zu drei Mal telefonisch erinnert. So konnte von möglichst vielen Einrichtungen eine Rückmeldung eingeholt und der Rücklauf erhöht werden. Der Erhebungszeitraum begann am 19.6.2019 und wurde bis zum 31.7.2019 angesetzt. Am 18.7.2019 wurden die Einrichtungen, die sich noch nicht über einen hierfür eingerichteten Online-Zugang registriert hatten, per E-Mail an ihre Zusage zur Teilnahme an der Befragung erinnert. Am 29.7.2019 wurde den Einrichtungen mitgeteilt, dass die Frist zur Übermittlung der Fragebögen bis zum 19.8.2019 verlängert

³Diese Anzahl beinhaltet auch Einrichtungen, bei denen im weiteren Verlauf festgestellt wurde, dass sie nicht mehr zum Teilnehmerkreis gehören.

wird. Die Fragebogenangaben konnten im zweiten Forschungszyklus ebenfalls online oder papierbasiert übermittelt werden.

Von den angeschriebenen Einrichtungen stimmten 105 einer Teilnahme zu. Von diesen lagen zum Erhebungsende 78 ausgefüllte Teil-A-Fragebögen zur Auswertung vor sowie 74 Teil-B-Fragebögen aus dem Bereich Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik und 23 Teil-B-Fragebögen aus den Kinder- und Jugendpsychiatrien, insgesamt also 175 Fragebögen. Bezogen auf den zur Auswertung notwendigen Fragebogenteil A in Bezug auf die angeschriebenen Einrichtungen entspricht das einer Rücklaufquote von 11,5 Prozent. Tatsächlich wurden die Fragen in den verschiedenen Fragebogenteilen unterschiedlich vollständig beantwortet. Im Fragebogenteil A, in dem Details aus der Verwaltung der Einrichtungen abgefragt wurden, wurden 55,2 Prozent der Fragen beantwortet. Im Fragebogenteil B, der sich auf Prozesse und Strukturmerkmale der Behandlung der PatientInnen bezieht, wurden 68,6 Prozent der Fragen mit auswertbaren Angaben beantwortet. Im Vergleich zu den Vollständigkeitsquoten des Fragebogens im ersten Forschungszyklus zeigen sich im zweiten Forschungszyklus dementsprechend keine Veränderungen.

In beiden Forschungszyklen wurden die Krankenhäuser in zwei Vergleichsgruppen eingeteilt: Im ersten Forschungszyklus werden Krankenhäuser als Optionshäuser bezeichnet, die im Zeitraum zwischen 2013 und 2015 für eine Abrechnung nach PEPP optiert haben. Im zweiten Forschungszyklus fallen in diese Stichprobe alle Krankenhäuser, die im gesamten Zeitraum von 2013 bis 2018 optiert sind. Dahingegen sind Nicht-Optionshäuser im ersten Forschungszyklus die Krankenhäuser, die von 2013 bis 2015 weiterhin nach TGPS abrechnen. Im zweiten Forschungszyklus umfasst die Stichprobe der Nicht-Optionshäuser die Krankenhäuser, die im gesamten Zeitraum bis 2018 nicht nach PEPP optiert haben. Die Gruppenzuteilung erfolgte auch im zweiten Forschungszyklus nicht prospektiv randomisiert. Da während der Jahre 2016 bis 2018 weitere Krankenhäuser für die Abrechnung nach PEPP optiert bzw. diese verpflichtend eingeführt haben, sind die Vergleichsgruppen unterschiedlich zwischen den beiden Forschungszyklen. Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Von den 78 teilnehmenden Einrichtungen haben 71 (91,0 Prozent) im betrachteten Zeitraum für PEPP optiert, davon elf (15,5 Prozent) Einrichtungen im Jahr 2013, 13 (18,3 Prozent) im Jahr 2014 und weitere elf (15,5 Prozent) im Jahr 2015. Zehn Einrichtungen (14,1 Prozent) optierten im Jahr 2016 und sechs (8,5 Prozent) im Jahr 2017. Elf Einrichtungen (15,5 Prozent) führten PEPP im Jahr 2018 verpflichtend ein. Neun Einrichtungen (12,7 Prozent) machten keine Jahresangabe. Sieben teilnehmende Einrichtungen (9,0 Prozent) gaben an, in diesem Zeitraum nicht optiert bzw. PEPP ab 2018 verpflichtend eingeführt zu haben, oder machten keine Angaben zum Optionsstatus. Die Fallzahlen sind in beiden Gruppen geringfügig unterschiedlich verteilt. In den Nicht-Optionshäusern werden im Jahresmittel 2 472 vollstationäre Fälle behandelt ($SD = 2\,531$, $Min = 250$, $Max = 7\,931$), in den Optionshäusern im Mittel 2 351 vollstationäre Fälle ($SD = 2\,006$, $Min = 161$, $Max = 8\,808$), also im Durchschnitt rund 5 Prozent weniger Fälle als in den Nicht-Optionshäusern. Bei den Ergebnissen, bei denen die Fallzahlen der Einrichtungen von Relevanz sind, werden die empirischen Angaben der Nicht-Optionshäuser um den entsprechenden Faktor gemindert,

sodass 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 zur Erhebung der Angaben aus den Jahren 2016 bis 2018 insgesamt 50 Kliniken⁴ (64,1 Prozent, $n_2 = 78$) und 28 Fachabteilungen (35,9 Prozent, $n_2 = 78$) teil. 37 dieser Einrichtungen (47,4 Prozent) haben bereits an der Befragung im ersten Forschungszyklus und somit an beiden Erhebungen teilgenommen. Bei diesen Einrichtungen handelt es sich um 35 Erwachsenenpsychiatrien und 14 Kinder- und Jugendpsychiatrien.

Zwei der insgesamt 78 teilnehmenden Einrichtungen machten keine Angaben zu ihrem Status (2,5 Prozent). Allgemeine Psychiatrien sind mit 64 Nennungen (80,0 Prozent) am häufigsten in der Stichprobe vertreten, es folgen 48 Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapie (60,0 Prozent) sowie 47 Facheinrichtungen für Suchterkrankungen (58,8 Prozent) und 47 Gerontopsychiatrien (58,8 Prozent)⁵. Mit einigem Abstand folgen 28 Kinder- und Jugendpsychiatrien (35,0 Prozent) und acht sonstige Fachrichtungen (10,0 Prozent). Unter sonstigen Fachrichtungen wurde u. a. in drei Fällen Maßregelvollzug angegeben. Pro Einrichtung sind eine bis maximal sechs, im Mittel 3,1 Fachabteilungen (SD = 1,50) vorhanden. In insgesamt 68 Einrichtungen (88,3 Prozent⁶) wird eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) betrieben. Fünf Einrichtungen (6,9 Prozent, $n_2 = 72$) nahmen in den Jahren 2016 bis 2018 an Modellprojekten teil.

Die Bettenanzahl ist über die betrachteten Jahre in etwa gleich geblieben. Im Mittel verfügen die Einrichtungen im zweiten Forschungszyklus über 171 Betten, davon im Durchschnitt 58,1 Betten (33,9 Prozent) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bezogen auf alle Einrichtungen, die eine KJP haben (s. Tabelle A.1). Dafür fällt in den Kliniken die Bettenanzahl mit 204 Betten im Mittel insgesamt höher aus als in den Fachabteilungen (113 Betten), wobei in den Kliniken im Durchschnitt 3,2 Fachrichtungen vertreten waren.

In den Kliniken fällt der Anteil der Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie niedriger aus als innerhalb der Fachabteilungen (31,1 vs. 46,0 Prozent). Die Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze ist – bezogen auf alle Plätze und auch auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie – über die betrachteten Jahre ebenfalls weitestgehend stabil. Im Mittel werden im zweiten Forschungszyklus insgesamt 53,7 teilstationäre Behandlungsplätze angegeben, davon 25,6 Plätze (47,7 Prozent) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (s. Tabelle A.2). In den teilnehmenden Einrichtungen hat sich die Anzahl vollstationär behandelter Fälle p. a. ebenfalls kaum verändert, wobei ein leichter Anstieg im Mittel von 2 330 im Jahr 2016 auf 2 422 im Jahr 2018 zu verzeichnen ist. Insgesamt wurden über die Jahre 2016 bis 2018 im Mittel 2 362 vollstationäre Fälle behandelt, davon 466 Fälle (19,7 Prozent) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (s. Tabelle A.3). Bei den teilstationär behandelten Fällen

⁴Eigenständiges Haus

⁵Bei der Fachrichtung waren Mehrfachnennungen möglich.

⁶Die Prozentangabe bezieht sich auf die Gesamtheit der zu diesem Merkmal antwortenden Einrichtungen, hier $n_2 = 77$.

ist ebenfalls ein leichter Anstieg über die Jahre zu erkennen. Insgesamt steigt die Anzahl im Mittel von 462 im Jahr 2016 auf 473 im Jahr 2017 und schließlich auf 485 im Jahr 2018 (s. Tabelle A.4). Der Anstieg zeigt sich auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, hier steigt der Anteil von 30,5 im Jahr 2016 auf 32,4 im Jahr 2018. Die Angaben zu den Berechnungstagen zeigen ebenfalls eine Zunahme über den Verlauf des zweiten Forschungszyklus. Insgesamt werden für die drei betrachteten Jahre im Mittel 69 173 Berechnungstage genannt, im Jahr 2018 allerdings mehr als im Jahr 2016 (70 108 vs. 68 332). Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie werden im Mittel 21 118 Berechnungstage genannt. Der Anteil an den gesamten Berechnungstagen bleibt gleich, wobei die Anzahl der Berechnungstage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von 2016 bis 2018 leicht zunimmt (20 938 vs. 21 351, s. Tabelle A.5).

Von den Befragungsteilnehmern liegen 78 Angaben zum Status als regionaler Pflichtversorger vor. Für die betrachteten Jahre 2016 bis 2018 stufen sich unverändert 64 Einrichtungen (82,1 Prozent) als regionaler Pflichtversorger ein. Der Altersdurchschnitt der PatientInnen (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie) bleibt über die betrachteten Jahre nahezu konstant bei 46,8 Jahren ($n_2 = 60$). 45 Einrichtungen (57,7 Prozent, $n_2 = 78$) geben an, in mindestens einem der drei betrachteten Jahre Teil einer Unternehmensgruppe mit zentralen Diensten gewesen zu sein, 33 Einrichtungen (42,3 Prozent) verneinen das.

73 der teilnehmenden Einrichtungen (91,3 Prozent) geben an, im Zeitraum zwischen 2013 und 2018, also im Zeitraum des ersten und des zweiten Forschungszyklus, auf das PEPP-Entgeltsystem umgestiegen zu sein. Davon sind im ersten Forschungszyklus insgesamt 36 Einrichtungen (49,3 Prozent) und im zweiten Forschungszyklus insgesamt 28 Einrichtungen (38,4 Prozent) umgestiegen. Die Vorbereitungen auf den Umstieg dauerten von weniger als einem Jahr (elf Einrichtungen, 25,0 Prozent) bis maximal sechs Jahre und im Durchschnitt 1,6 Jahre ($n_2 = 44$). Am häufigsten dauerten sie ein Jahr (Modalwert, 16 Einrichtungen, 36,4 Prozent). Die Einrichtungen, die in der Stichprobe vertreten sind, kommen aus 15 Bundesländern, lediglich das Bundesland Bremen ist in der Stichprobe nicht vertreten. Am häufigsten ist das Land Nordrhein-Westfalen mit 25 Einrichtungen, d. h. mit 31,3 Prozent aller Einrichtungen in der Stichprobe, vertreten (s. Tabelle A.7). Danach kommen Niedersachsen und Rheinland-Pfalz mit jeweils acht Nennungen (10,0 Prozent).

In 57 Einrichtungen (78,1 Prozent, $n_2 = 73$) wurde ein Qualitätsmanagement(QM)-System implementiert. Eine Einrichtung der Stichprobe begann mit der Einführung eines QM-Systems im Jahr 1996, mehr als die Hälfte der Einrichtungen zog dann in den Jahren 2000 bis 2007 nach. Am häufigsten wurde im Jahr 2008, nämlich von acht (14,0 Prozent) der 57 hier antwortenden Einrichtungen, ein QM-System eingeführt.

Aufgrund unvollständiger Zellenbesetzungen in den beobachteten Daten und dem Fehlen von Angaben der Grundgesamtheit auf Abteilungsebene (z. B. Bettenanzahlen) wurden auch im zweiten Forschungszyklus für die Parameter „PEPP-Umstieg“ und „vollstationär behandelte Fälle“ Anpassungstests (Chi-Quadrat-Anpassungstest) durchgeführt. Die Daten der Grundgesamtheit für den PEPP-Umstieg stellte der GKV-Spitzenverband am

24.1.2020 zur Verfügung. Es zeigt sich, dass die Einrichtungen in der Stichprobe den Umstieg häufig früher vorgenommen haben als die Einrichtungen in der Grundgesamtheit. Einrichtungen, die in den Jahren 2013 und 2014 optiert haben, sind in der Stichprobe überrepräsentiert, entsprechend sind Einrichtungen, die im Jahr 2015 oder später optiert haben, in der Stichprobe unterrepräsentiert. Dass die Optionsverteilung in der Stichprobe von der in der Grundgesamtheit abweicht, schmälert potenziell 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, um mit dem PEPP-Entgeltsystem Erfahrungen zu sammeln.

Teilt man die Stichprobe unter Hinzunahme von Daten aus den Qualitätsberichten für das Jahr 2017 in sechs Häufigkeitsklassen zeigt sich, dass Einrichtungen mit Fallzahlen zwischen 500 und 2500 vollstationären Fällen pro Jahr im Vergleich zur Grundgesamtheit deutlich überrepräsentiert sind. Entsprechend sind beide Enden des Fallzahlen-Kontinuums in der Stichprobe unterrepräsentiert, wobei Einrichtungen mit unter 500 Fällen pro Jahr in der Stichprobe deutlich weniger vertreten sind als in der Grundgesamtheit. Bei Einrichtungen mit mehr als 2500 Fällen pro Jahr fällt der Unterschied dagegen eher gering aus. Daher kann die Stichprobe hinsichtlich der Fallzahlverteilung ebenfalls nicht als repräsentativ eingestuft werden.

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. inwieweit das PEPP-Entgeltsystem innerhalb der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen zu Veränderungen im EDV-technischen Bereich, im Personalbereich, in den internen Ausgaben für den Bereich der Abrechnungsabwicklung, in der Organisation der Fallprüfungen sowie bei der Teilnahme an der integrierten Versorgung geführt hat.

Die Befragung der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen 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 Wiederholung dieser Befragung hat für die Verfahrensjahre 2016 bis 2018 (zweiter Forschungszyklus) stattgefunden. 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. 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 bzw. 2018 (kategorisiert) sowie Details zu den Anzahlen der nach 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 MitarbeiterInnen 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 und wurden in Vollzeitäquivalenten im Jahresdurchschnitt erfragt.

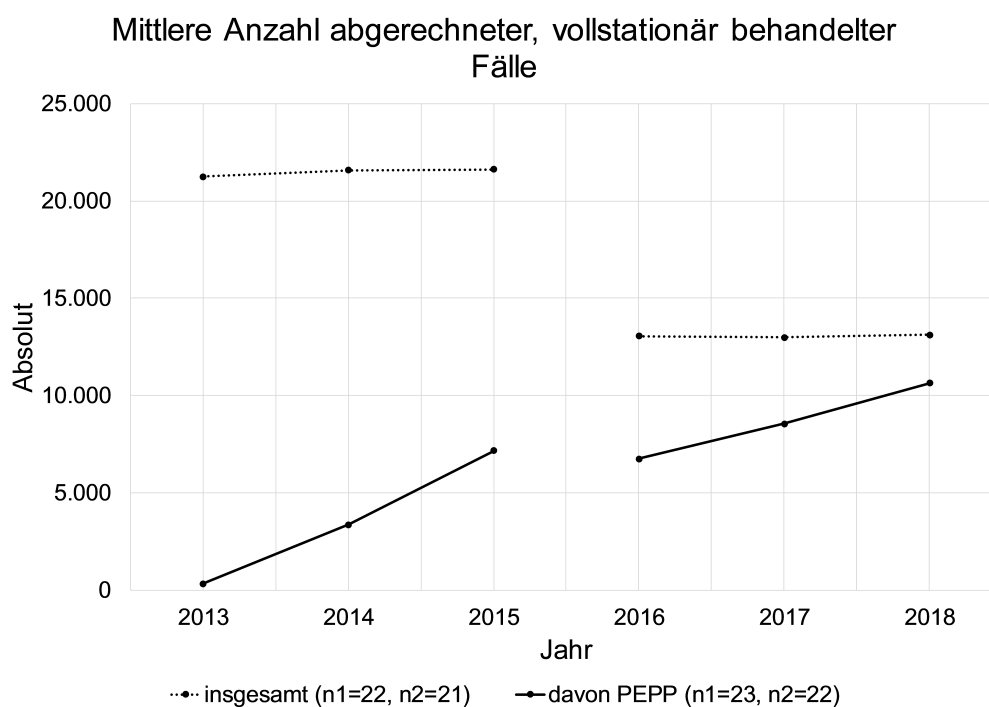
Im nachfolgenden Block werden Fragen nach den internen Ausgaben gestellt. Dabei werden der Umfang an Weiterbildung des Personals und der Aufwand für externe Beratungsleistungen erfragt. Zudem wird erhoben, ob Leistungen zu externen Dienstleistern ausgelagert wurden. Die Fragen zur Organisation der Fallprüfungen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

Alle quantitativen Abfragen werden für die einzelnen Verfahrensjahre getrennt erfasst, um die jährlichen Veränderungen darstellen und vergleichen zu können. Der Fragebogen, so wie er im zweiten Forschungszyklus eingesetzt wurde, ist dem Bericht beigelegt (Anhang A).

Die Fragebögen für den zweiten Forschungszyklus wurden ebenfalls auf Basis von Erkenntnissen aus dem ersten Forschungszyklus angepasst. Im Fragebogen der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen wurde eine zusätzliche Differenzierung der Versicherungszahl vorgenommen, um die Angaben der Institutionen aufzugliedern. Fragen, die im Ergebnisbericht des ersten Forschungszyklus nicht dargestellt wurden, wurden aus dem Fragebogen gestrichen, um diesen und damit die Bearbeitungszeit der Krankenkassen zu reduzieren.

Ablauf der Datenerhebung und Datenbasis Die Befragung zu den Verfahrensjahren 2016 bis 2018 wurde im Sommer 2019 durchgeführt. Der Versand der Anschreiben inkl. Rückmeldebögen erfolgte am 10.7.2019. Es wurden 109 gesetzliche Krankenkassen und 43 Krankenversicherungsunternehmen angeschrieben. Der Erhebungszeitraum war vom 31.7.2019 bis zum 9.9.2019 angesetzt. Am 26.8.2019 und am 5.9.2019 wurden Erinnerungse-Mails mit dem Hinweis auf das Befragungsende und der Bitte um Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen versendet. Um die Rücklaufquote zu erhöhen, wurde die Antwortfrist bis zum 27.9.2019 und dann bis zum 11.10.2019 verlängert. Von den im zweiten Forschungszyklus insgesamt 152 angeschriebenen Krankenversicherungsunternehmen lagen

am Ende des Erhebungszeitraums 22 Fragebögen vor. Bei den gesetzlichen Krankenkassen entspricht dies einer Rücklaufquote von 18,3 Prozent (20 Fragebögen) und bei den privaten Krankenversicherungen von 4,6 Prozent (zwei Fragebögen). Insgesamt liegen für 63,5 Prozent aller Fragen auswertbare Antworten vor.



Anm.: Da sich die Stichprobe der Befragten vom ersten auf den zweiten Forschungszyklus wesentlich verändert hat, sind die Datenpunkte in den Grafiken zwischen dem letzten Beobachtungsjahr des ersten Forschungszyklus und dem ersten Jahr des zweiten Forschungszyklus nicht verknüpft.

Abbildung 3.1.: Mittlere Anzahl abgerechneter vollstationär behandelter Fälle (Stichprobe)

Beschreibung der Stichprobe und Repräsentativität Im zweiten Forschungszyklus stammen die vorliegenden Daten von 20 gesetzlichen Krankenkassen (90,9 Prozent) und zwei privaten Krankenversicherungen (9,1 Prozent). Zehn der gesetzlichen Krankenkassen (50 Prozent) haben bereits an der Befragung im ersten Forschungszyklus teilgenommen. Hierbei sind die Betriebskrankenkassen mit elf Kassen (50 Prozent), die AOK mit drei (13,6 Prozent), die Innungskrankenkassen mit zwei (9,1 Prozent), die Ersatzkassen mit drei Kassen (13,6 Prozent) und die Knappschaft mit einer Kasse (4,5 Prozent) vertreten. Zwei Teilnehmer (9,1 Prozent) machen dazu keine Angaben. 14 Teilnehmer (63,6 Prozent) sind bundesweit tätig, sieben (31,8 Prozent) haben einen landesweiten bzw. regionalen Bezug. Ein Teilnehmer (4,5 Prozent) macht hierzu keine Angaben.

Nahezu die Hälfte der Teilnehmer, 9,0 bzw. 40,9 Prozent, verfügen im Jahr 2018 über 500 000 oder mehr Versicherte, sechs davon (27,3 Prozent) über eine Million Versicherte. Bei drei Teilnehmern (13,6 Prozent) liegt die Versichertenzahl zwischen 200 000 und unter 500 000 Versicherten, bei sechs Teilnehmern (27,3 Prozent) liegt die Versichertenzahl

zwischen 50 000 und unter 200 000 Versicherten und vier Teilnehmer (18,2 Prozent) haben weniger als 50 000 Versicherte.

Bezogen auf das Abrechnungsgeschehen der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen machen die Teilnehmer folgende Angaben: 17 Teilnehmer (77,3 Prozent) haben in den Jahren 2012 (sieben Teilnehmer bzw. 31,8 Prozent) und 2013 (zehn Teilnehmer bzw. 45,5 Prozent) begonnen, sich auf das PEPP-Entgeltsystem vorzubereiten, ein Teilnehmer bereits davor im Jahr 2011 (4,5 Prozent) und drei danach im Jahr 2015 (13,6 Prozent). Die im Rahmen des zweiten Forschungszyklus an der Befragung teilnehmenden Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen gaben an, dass der Anteil der Krankenhäuser, die jeweils bis zum Jahresende nach PEPP abgerechnet haben, im Jahr 2016 im Mittel bei 52,0 Prozent lag, im Jahr 2017 bei 59,1 Prozent und im Jahr 2018 im Mittel bei 77,9 Prozent ($n_2 = 21$). Die Gesamtanzahl abgerechneter vollstationär behandelter Fälle bleibt über die betrachteten Jahre im Mittel nahezu konstant (13 045 Fälle im Jahr 2016, 12 996 Fälle im Jahr 2017 und 13 117 Fälle im Jahr 2018, s. Abbildung 3.1). Die mittlere Anzahl der nach PEPP abgerechneten Fälle steigt, wie auch schon im ersten Forschungszyklus, kontinuierlich an (6 747 Fälle im Jahr 2016, 8 548 Fälle im Jahr 2017, 10 646 Fälle im Jahr 2018). Bezogen auf die berichteten Fallzahlen insgesamt entspricht dies einer Entwicklung des nach PEPP abgerechneten Fallaufkommens ausgehend von 51,7 Prozent im Jahr 2016 über 65,8 Prozent im Jahr 2017 bis hin zu 81,2 Prozent im Jahr 2018.

Hinsichtlich der Repräsentativität unterscheidet sich die Stichprobe in Bezug auf die Verteilung der Versicherungsart (GKV vs. PKV) signifikant von der Grundgesamtheit ($p = 0,02$). In der Stichprobe sind gesetzliche Krankenkassen über- und private Krankenversicherungen unterrepräsentiert. Die Verteilungen der Kassenart (AOK, IKK, BKK, Ersatzkasse, Knappschaft, LKK) sowie des räumlichen Bezugs (landesweit/regional vs. bundesweit) der antwortenden Institutionen unterscheiden sich dagegen nicht statistisch signifikant von der Grundgesamtheit ($p = 0,85$ bzw. $p = 0,53$). Die Häufigkeitsverteilung der Versicherten im Jahr 2018 unterscheidet sich ebenfalls nicht signifikant von der Grundgesamtheit ($p = 0,17$). Institutionen mit weniger als 50 000 Versicherten sind in der Stichprobe dagegen unterrepräsentiert. Damit kann die Stichprobe für die Merkmale „Kassenart“ und „räumlicher Bezug“ als repräsentativ eingestuft werden. Für die Verteilung der Versicherungsart und der Versichertenzahlen ist die Stichprobe nur bedingt repräsentativ.

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 1.1.2015 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 eine geringe Anzahl von PatientInnenangaben, u. a. Aufnahme-, Neben- und Entlassungsdiagnose, wenige OPS-Kodes sowie die Verweildauer. Im PEPP-Entgeltsystem wird der behandelte Fall sehr viel umfänglicher beschrieben, was zusätzliche Überprüfungsmöglichkeiten eröffnet. Mit der MDK-Befragung sollen die Auswirkungen der sukzessiven Einführung des Vergütungssystems untersucht werden, welche mit der Arbeit der MDK in Verbindung stehen.

Die Befragung des MDK 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 fand für die Verfahrensjahre 2016 bis 2018 (zweiter Forschungszyklus) statt. Eine Nullpunktmessung war für die Indikatoren nicht 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 entsprechenden 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 einzelnen Jahre getrennt erfasst. Bei den beiden Abschlussfragen werden Freitextangaben ermöglicht. Der Fragebogen, so wie er im zweiten Forschungszyklus eingesetzt wurde, ist dem Bericht beigelegt (Anhang A).

Ablauf der Datenerhebung und Datenbasis Die Befragung zu den Verfahrensjahren 2016 bis 2018 wurde im Sommer und Herbst 2019 durchgeführt. Der Versand der Anschreiben inkl. Rückmeldebögen erfolgte am 10.7.2019. Es wurden alle 15 MDK postalisch angeschrieben. Der Erhebungszeitraum war vom 31.7.2019 bis zum 9.9.2019 angesetzt. Am 23.8.2019 wurden die MDK, die sich bis dahin noch nicht auf das Schreiben zurückgemeldet hatten, telefonisch an die Befragung erinnert und um Rückmeldung gebeten.

Am 26.8.2019 wurden die MDK, die sich bereits positiv bezüglich einer Teilnahme an der Befragung zurückgemeldet hatten, an die ausstehende Registrierung im Onlineportal erinnert. Am 5.9.2019 wurden die MDK erneut schriftlich an die Befragung erinnert. Um die Rücklaufquote zu erhöhen, wurde der Liefertermin schließlich bis zum 11.10.2019 verlängert. Die Fragebogenangaben konnten auch bei dieser Befragung online über eine hierfür eingerichtete Oberfläche oder papierbasiert übermittelt werden.

Beschreibung der Stichprobe und Repräsentativität Von den 15 kontaktierten MDK lagen zum Erhebungsende zehn ausgefüllte Fragebögen zur Auswertung vor (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin-Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Westfalen-Lippe). Alle teilnehmenden MDK haben auch an der Befragung des ersten Forschungszyklus teilgenommen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 66,7 Prozent, sodass die zur Auswertung vorliegenden Angaben das Prüfungsgeschehen der MDK insgesamt noch gut abbilden. Die Vollständigkeit der Angaben hat gegenüber der Befragung im ersten Forschungszyklus deutlich zugenommen. Im Durchschnitt liegen für 41,6 Prozent der Fragen valide Antworten vor. Auch hier werden die Globalfragen überwiegend häufig beantwortet, die Detailfragen dagegen eher selten. 58 Prozent aller auswertbaren Angaben werden in den 26 Prozent der am häufigsten beantworteten Fragen gemacht, auf die sich die Auswertungen konzentrieren. Insgesamt können trotz niedriger Beantwortungsgrade in den 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 Merkmalspektrum von Struktur- und Leistungsdaten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt. Im Rahmen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems wurde das Merkmalspektrum 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 abgerech-

neten 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.5 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 dem Fall zugrunde liegende Hauptdiagnose aus der Klasse 'F' (Psychische und Verhaltensstörungen) stammt oder
- die dem Fall zugrunde liegende Hauptdiagnose aus der Klasse 'G' (Krankheiten des Nervensystems) und mindestens eine Nebendiagnose aus der Klasse 'F' stammt.

Eine solches Vorgehen bietet im Hinblick auf die Anwendung inferenzstatistischer Methoden und der 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. Kapitel 6) in der von der Einführung des PEPP-Entgeltsystems potenziell betroffenen Population über die Zeit entwickeln. Da für einige Fälle eine Aufnahme im Psych- oder im DRG-Entgeltbereich gleichermaßen möglich ist⁸, würde eine Stichprobe, die über das Merkmal „Abrechnung eines Psych-Entgelts“ definiert ist, etwaige Verlagerungen zwischen den Entgeltbereichen

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

⁸Ein Beispiel 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.

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 – insbesondere in Grafiken und Tabellen – mithilfe 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 KHEntgG-Datensätzen nach § 21 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.

Da zum Zeitpunkt der Berichterstellung für die Grunddaten der Krankenhäuser das Datenjahr 2018 noch nicht verfügbar war, endet die Zeitreihe in den entsprechenden Indikatoren mit dem Datenjahr 2017. Die Berichtsreihe der Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wurde mit dem Jahr 2016 eingestellt. Das Datenjahr 2017 wurde

uns vom Statistischen Bundesamt zur Auswertung zur Verfügung gestellt. Das Datenjahr 2018 war zum Zeitpunkt der Berichterstellung ebenfalls nicht verfügbar.

Routinedaten gemäß § 295 und § 301 SGB V

Für die Begleitforschung werden außerdem Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen – vor allem gem. § 295 ([Abrechnung ärztlicher Leistungen](#)) bzw. § 301 ([Krankenhausleistungen](#)) Sozialgesetzbuch V (SGB V) – verwendet. Die Grundgesamtheit basiert hierbei auf vollstationär aufgenommenen Fällen (mit und ohne Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers) aus dem Segment „Psychiatrie und Psychosomatik“. Das Segment wird – analog zum Vorgehen bei den fallbezogenen Daten nach § 21 KHEntgG – über diagnose-spezifische ICD-Kodes definiert. Ein entsprechender Fall wird dem Segment zugerechnet, wenn

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

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) extrahierten Auszüge aus den gesetzlichen Datenlieferungen und stellten diese für die Durchführung des Forschungsauftrags in aggregierter Form zur Verfügung. Zwischen dem ersten und zweiten Forschungszyklus unterschieden sich die an der Datenbereitstellung teilnehmenden Krankenkassen, sodass systematische Unterschiede in der Datenbasis bestehen können. Die Datenpunkte für die Jahre 2011, 2012 und 2018 wurden im Zuge der Datenplausibilisierung vom Ergebnisbericht ausgeschlossen. Dementsprechend wird für Indikatoren, die auf GKV-Routinedaten basieren, nur der Zeitraum von 2013 bis 2017 berichtet.

Zur Wahrung des Datenschutzes sowie von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen werden Ergebnisse auf Basis der personen- und unternehmensbezogenen Daten, die auf 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), die in einer jährlichen Sondererhebung zu Betreuungsverfahren erhoben werden [9, 11]. 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 [10]. 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 feststellen⁹.

Ebenfalls konnten Daten zur Anzahl 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 12.4.2017 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 sieben dieser Landesministerien zusätzlich telefonisch und/oder per E-Mail kontaktiert (Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern,

⁹Vor 2019 war dies im bayerischen Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung (UnterbrG) geregelt. Dieses wurde am 1.1.2019 durch das Bayerische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG) ersetzt.

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 formulierten 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 hier nicht erfolgt.

Weitere Datenhalter

Entsprechend dem Forschungsauftrag werden für einzelne Indikatoren zusätzliche Informationen eingeholt. Ein Beispiel für diese zusätzlichen Informationen sind die Meldungen gemäß § 64b Abs. 3 SGB V an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen.

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 [36, 27, 64]. 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 sinkt, 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 (bfpsyqb.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).

Begleitforschung zu den Auswirkungen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

The screenshot shows a web interface for data selection. It features three dropdown menus labeled 1 Thema, 2 Indikator, and 3 Untergruppe. Each menu has a placeholder text: 'Kein Thema ausgewählt', 'Kein Indikator ausgewählt', and 'Keine Untergruppe ausgewählt' respectively. Below these menus is a row of four buttons for visualization options: 'Liniendiagramm', 'Balkendiagramm', 'Boxplot', and 'Datentabelle'. The 'Liniendiagramm' button is highlighted with a darker background.

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, das 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 horizontalen Achse ausgewiesen.
3. Boxplot: Ein Boxplot (auch Box-Whisker-Plot oder Kastengrafik) ist ein Diagramm, das 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 (waagrecht) 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 freiwilligen Einführung im Jahr 2013, zu Veränderungen geführt hat („Announcement-Effekt“). Zur verlässlichen inferenzstatistischen Untersuchung möglicher Auswirkungen der Ankündigung, d. h. der eigentlichen Einführung vorangehende Anstrengungen zur Anpassung, z. B. 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 budgetneutral.

Einschränkend ist zu erwähnen, dass die ab dem 1.1.2018 als verpflichtend geplante Einführung des PEPP-Entgeltsystems in der Praxis teilweise allerdings nur verspätet erfolgen konnte (s. Kapitel 3). Aus diesem Grunde wurde die Einführung des PEPP-Entgeltsystems tatsächlich erst ab dem 1.1.2019 umgesetzt.

Es wäre möglich, dass die freiwillige Einführung des PEPP-Entgeltsystems ab dem Jahr 2013 bereits zu Veränderungen geführt hat, z. B. zu einer 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. Im vorliegenden zweiten Forschungszyklus ist zusätzlich ein Vergleich der Indikatoren aus den zeitlichen Abschnitten vor (Jahre 2011 und 2012) und nach der freiwilligen, budgetneutralen Einführung (Jahre 2013 bis 2017) bzw. nach dem ersten Jahr der verpflichtenden, aber weiterhin budgetneutralen Einführung (Jahr 2018) möglich.

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.

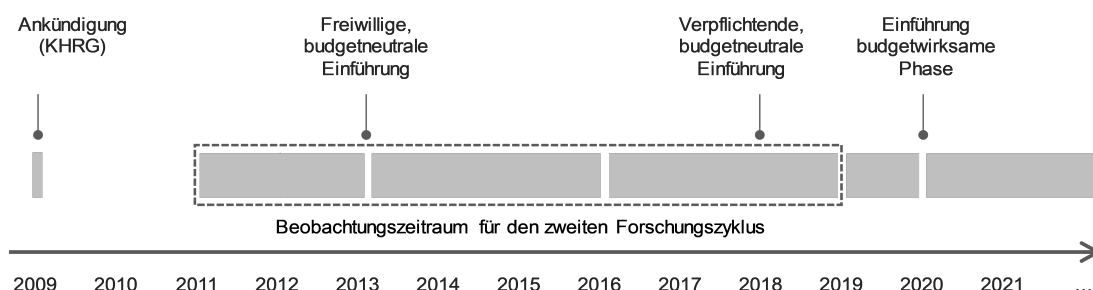


Abbildung 3.3.: Zentrale Phasen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems

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. 56]. 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 zusätzlichen Datenjahre können die intertemporalen Veränderungen der Indikatoren mit diesem Bericht nun über den gesamten Beobachtungszeitraum

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.

Die Konzentration liegt hierbei auf dem Effekt der „freiwilligen Einführung“ des PEPP-Entgeltsystems während der Periode 2013 bis 2017. Aufgrund von Verzögerungen bei der ab dem Jahr 2018 als verpflichtend geltenden Einführung des PEPP-Entgeltsystems hat in einigen Einrichtungen die tatsächliche Abrechnung von PEPPs erst ab dem Jahr 2019 stattgefunden. Insofern ist zum Ende des zweiten Forschungszyklus unklar, inwieweit eine inferenzstatistische Analyse der „verpflichtenden Einführung“ statistisch verzerrt ist und damit die verbalen Interpretationen fehlleiten würde. Aus diesem Grunde beschränken sich die inferenzstatistischen Analysen für diesen Endbericht auf die Datenjahre 2011 bis einschließlich 2017. Wenngleich sie nicht in die Regressionsschätzung eingeflossen sind, zeigen wir die Datenpunkte für das Jahr 2018 der Vollständigkeit halber in den entsprechenden Grafiken dennoch an.

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 [51]. 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. 39, 21). 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 potenziell 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 [37, 52]

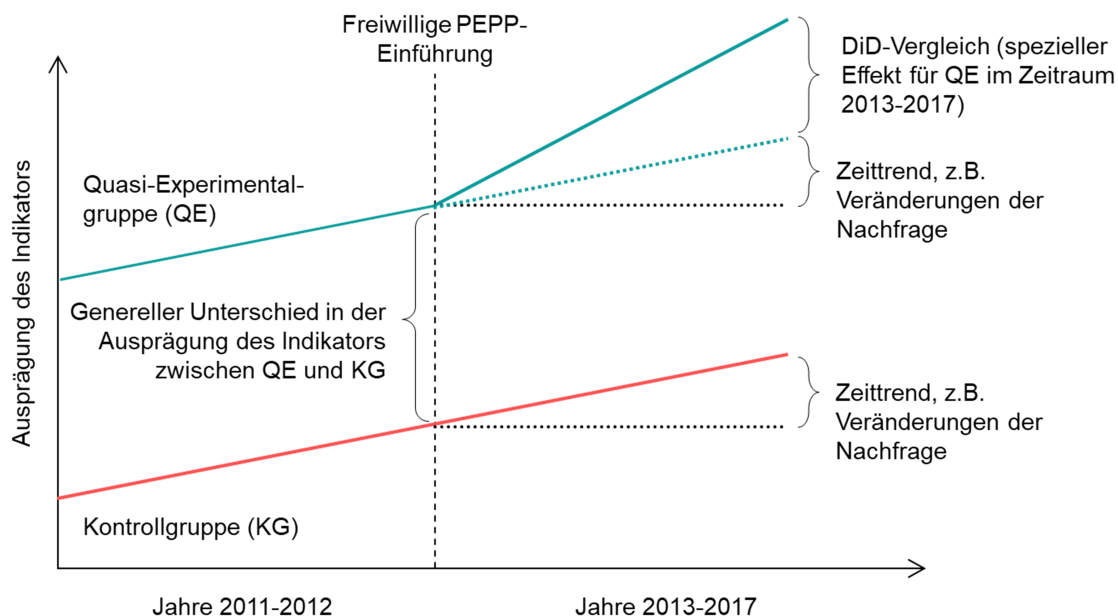


Abbildung 3.4.: Difference-in-differences-Methode

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 als auch im Rahmen der DRG „V60B“ in einer aufnehmenden Fachabteilung aus dem Bereich der Somatik behandelt werden.

Die Zuordnung zu den o. g. Gruppen erfolgt für die entsprechenden Forschungsfragen auf Basis der krankenhausspezifischen, freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems bis zum Ende des Jahres 2017. 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 abgerechnet haben (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 des vorliegenden zweiten Forschungszyklus 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) zugrunde liegen.

Zu beachten ist allerdings, dass mittlerweile – d. h. im Verlauf des zweiten Forschungszyklus – Krankenhäuser aus der Kontrollgruppe in die Quasi-Experimentalgruppe gewechselt sind. Dies liegt daran, dass diese Krankenhäuser erst in den Datenjahren 2016 und 2017 (und damit außerhalb des Beobachtungszeitraums des ersten Forschungszyklus) für die Abrechnung nach dem PEPP-Entgeltsystem optiert haben. In der Folge können die Ausprägungen der Indikatoren in den Analysen des vorliegenden, zweiten Forschungszyklus nicht mit den Ergebnissen der im Rahmen des ersten Forschungszyklus durchgeführten Analysen verglichen werden.

Für ausgewählte Indikatoren wird – analog zum ersten Forschungszyklus – die Difference-in-differences-Methodik unter Verwendung der „Methode der kleinsten Quadrate“ (OLS-Regression) angewendet und dabei folgende mathematische Gleichung geschätzt:

$$\text{Indikator} = \beta_0 + \beta_1 QE + \beta_2 \text{Zeitraum } 2013 - 2017 + \beta_3 QE \times \text{Zeitraum } 2013 - 2017 + \varepsilon$$

wobei *Indikator* die monatliche Ausprägung eines ausgewählten Indikators, *QE* eine binäre Variable für die Zugehörigkeit zur Quasi-Experimentalgruppe (genereller Unterschied zwischen Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung) und *Zeitraum 2013–2017* 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 2017). $QE \times \text{Zeitraum } 2013 - 2017$ ist eine Interaktion zwischen diesen beiden binären Variablen (spezieller Effekt von Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung in den Jahren 2013 bis 2017). β_0 ist die Konstante der Regression und ε der Fehlerterm (Schätzfehler).

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 2017 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 Indikators nach der freiwilligen 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).

Zusätzlich zu den Variablen und deren geschätzten Koeffizienten von hauptsächlichem Interesse (β_1 - β_3) wurden auch sog. Monats-Fixed-Effects mit in das Schätzverfahren integriert, um für saisonale Schwankungen in den jeweiligen Indikatoren zu kontrollieren. Da die verbale Interpretation dieser saisonalen Schwankungen nicht von hauptsächlichem Interesse ist, werden die diesbezüglich geschätzten Koeffizienten aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in den Darstellungen mit aufgenommen.

Bei der Interpretation der inferenzstatistischen Analyse muss allerdings beachtet werden, dass die Auswirkungen der Budgetneutralität bei 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 im 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 freiwilligen 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“ [44]. 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 [18]. 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 [23]. Das schließt unter anderem auch die verfügbaren Transportmittel oder die Krankenhausdichte in einem Versorgungsgebiet 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, welche 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, die 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 ist¹⁰.

Im folgenden Kapitel werden die Anzahl und der Anteil der Nacht- und Wochenendaufnahmen berichtet. Dieser Indikator soll die von Krankenhäusern für die Pflichtversorgung

¹⁰Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt in seinem Beschluss über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie [29], dass Minutenwerte im Rahmen der Mindestvorgaben für die Personalausstattung um 10 Prozent verringert werden, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat. Die Richtlinie trat am 1.1.2020 in Kraft, also nach dem Beobachtungszeitraum, der diesem Bericht zugrunde liegt.

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.

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 des Verkehrsnetzes.

Auch der Indikator „Anteil nicht in nächstgelegenen 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 mithilfe von inferenzstatistischen Methoden für ausgewählte Indikatoren analysiert, ob und in welcher Größenordnung sich etwaige Veränderungen bei der Entwicklung der Indikatoren nach dem Zeitpunkt der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems im Jahr 2013 vor allem auf die Gruppe von Krankenhäusern konzentrieren, die für eine Abrechnung nach dem PEPP-Entgeltsystem optiert haben. Hierfür kann der Umstand genutzt werden, dass Beobachtungen sowohl aus Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2017 für die Abrechnung von PEPP-Entgelten optiert haben (Quasi-Experimentalgruppe), als auch aus Einrichtungen, die im Beobachtungszeitraum weiterhin TGPS abgerechnet haben (Kontrollgruppe), für die Jahre 2011 bis 2017 bzw. 2018 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 von den Jahren 2013 bis 2017; 3) Beschreibung des speziellen Effekts für Krankenhäuser mit PEPP-Abrechnung nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in den Jahren 2013 bis 2017.

4.1. Regionale Pflichtversorgung

Der regionalen Pflichtversorgung¹¹ liegt die Idee einer wohnortnahen Erbringung medizinischer Dienstleistungen an psychiatrischen PatientInnen zugrunde. Durch kurze Wege zwischen dem ambulanten und stationären Sektor sowie die Anbindung an komplementäre Leistungserbringer soll die Behandlungskontinuität sichergestellt werden. Im weitesten Sinne ist hierbei eine Aufnahmepflicht für psychiatrische Krankenhäuser/Fachabteilungen vorgesehen. 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 Bundesländer (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.

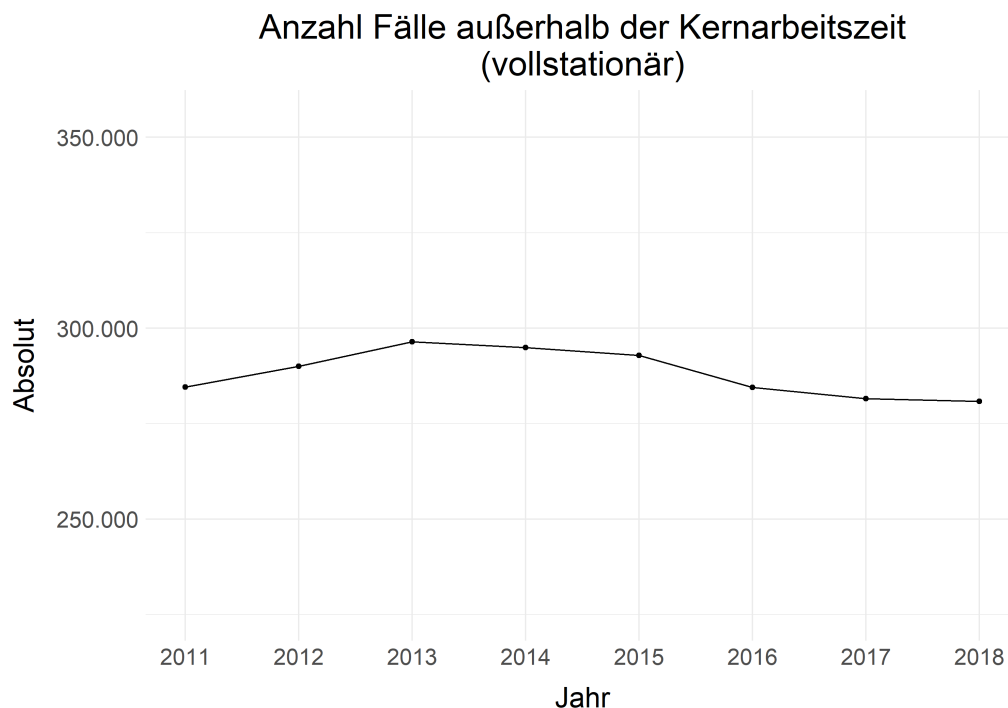
Für 12 von 16 Bundesländern (Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen,

¹¹Die 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.

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 PsychatriepatientInnen 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 häufig nur auf die Aufnahme und Behandlung von Unterbringungsfällen abzielt, die wiederum einen eher 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 Godemann et al. [32]). 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. 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.

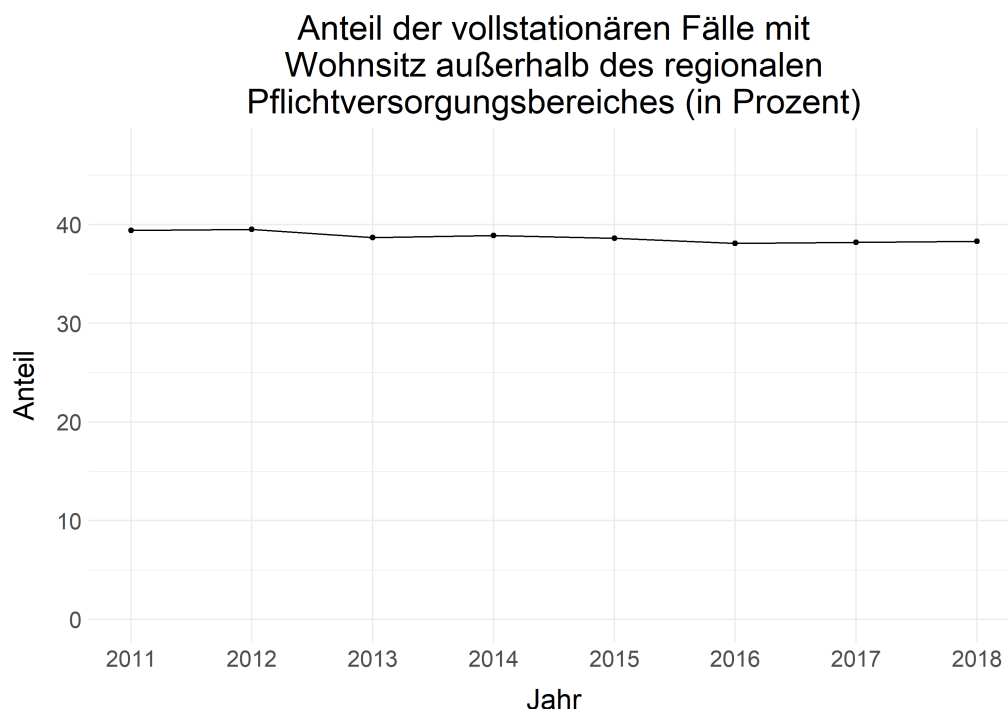
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

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, 8.00 bis 17.00 Uhr), die sowohl regional als auch zwischen Krankenhäusern variiert, wird in Abbildung 4.1 dargestellt. Im Jahr 2011 wurden 284 613 und im Jahr 2018 insgesamt 280 860 solcher Fälle registriert (–3 753 Fälle). Demnach ist über den gesamten Beobachtungszeitraum ein leichter Rückgang um 1,3 Prozent zu beobachten. Während die Anzahl der Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit im Zeitraum von 2011 bis 2013 zunächst um 4,1 Prozent anstieg, wurde zwischen 2013 und 2016 eine Verringerung der stationären Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit um 4,0 Prozent verzeichnet. Zwischen 2016 und 2018 war der Verlauf des Indikators annähernd konstant. Auf Ebene der Bundesländer fällt die Entwicklung der Anzahl stationärer Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit sehr unterschiedlich aus. So waren in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz über den gesamten Beobachtungszeitraum Zunahmen um 6,2 bzw. 3,9 Prozent zu verzeichnen, während in Schleswig-Holstein und Hamburg Reduktionen um 14,1 bzw. 10,1 Prozent registriert wurden.

Im Gegensatz zur absoluten Zahl der Aufnahmen unterliegt der Anteil der vollstationär aufgenommenen Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit über den gesamten Beobachtungszeitraum kaum Schwankungen und sank geringfügig von 31,7 Prozent im Jahr 2011 auf 31,5 Prozent im Jahr 2018. Beide Indikatoren können in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter <https://bfpsyqb.inek.org/#/?indicator=2201&criterion=Gesamt> bzw. <https://bfpsyqb.inek.org/#/?indicator=2202&criterion=Gesamt> abgerufen werden.

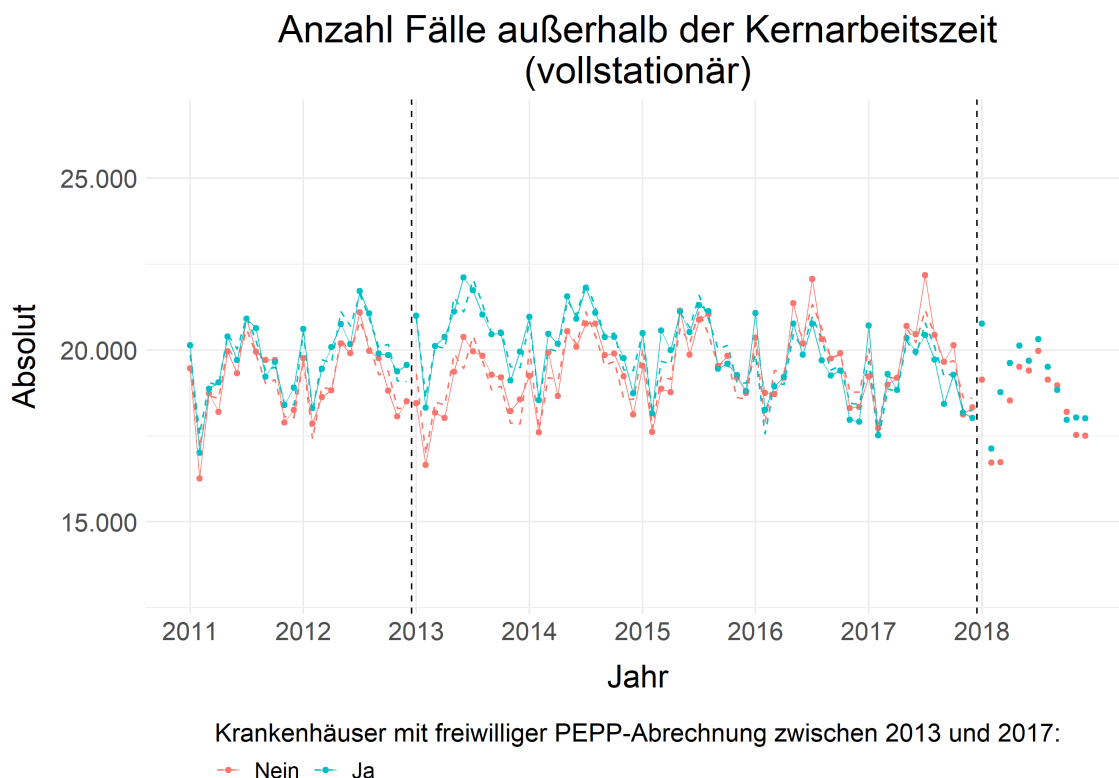


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

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 Berechnung des Indikators passende Grundlage 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 Prozent und im Jahr 2018 38,3 Prozent der Fälle außerhalb des regionalen Pflichtversorgungsbereichs behandelt. Demnach ist über den gesamten Beobachtungszeitraum ein leichter Rückgang zu beobachten (−1,1 Prozentpunkte). Auf Ebene der Bundesländer sind sehr unterschiedliche Ausprägungen des Indikators festzustellen. Während in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2018 60,6 Prozent der vollstationär aufgenommenen PatientInnen ihren Wohnsitz außerhalb des regionalen Pflichtversorgungsbereiches hatten, waren es in Brandenburg lediglich 18,4 Prozent. Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter <https://bfpsyqb.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 2017 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abgerechnet haben (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe. Die grünen und orangen Beobachtungen im Jahr 2018 sind in dem statistischen Modell nicht berücksichtigt (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 aufgenommenen 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 die gestrichelte Linie dargestellt werden. Die grafische Analyse offenbart starke saisonale Schwankungen und zeigt, dass die jeweilige Anzahl der Aufnahmen sich zwischen den betrachteten Gruppen geringfügig im Niveau unterscheidet.

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. Die Gruppe der Krankenhäuser, die zwischen 2013 und 2017 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, weist im Vergleich zur Gruppe, die

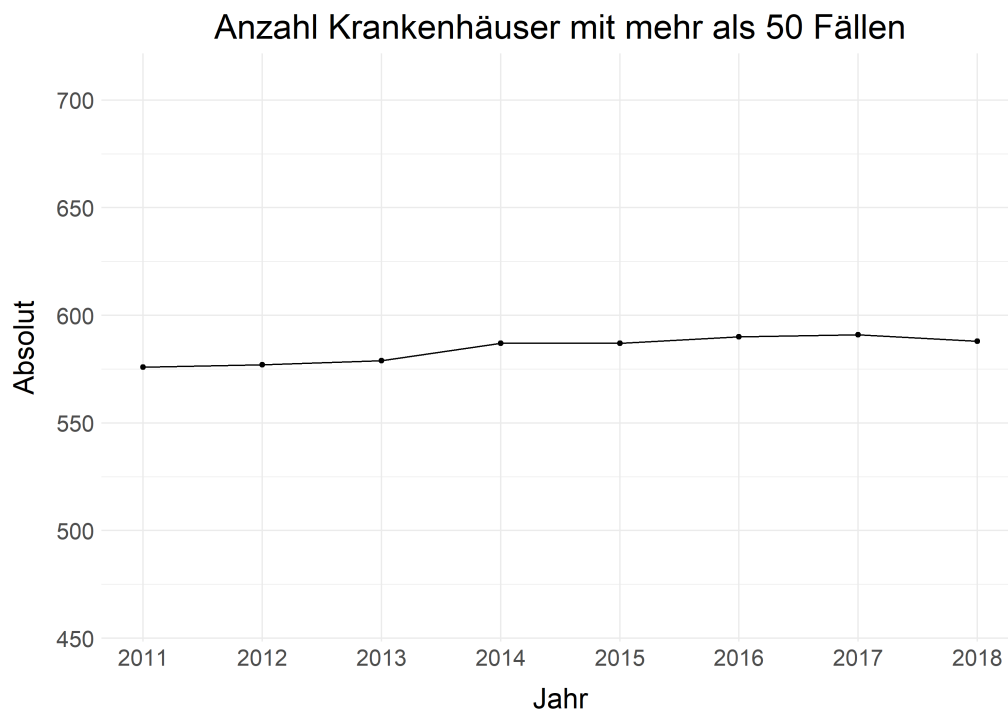
TGPS abgerechnet hat, insgesamt pro Monat 584 weniger solcher Fälle auf ($p < 0,001$). Zudem war im Zeitraum von 2013 bis 2017 eine signifikant höhere Anzahl an Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit (+315, $p < 0,05$) festzustellen als in den Vorjahren (2011 bis 2012). Jedoch zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied der Anzahl vollstationärer Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit in der Gruppe der PEPP-Optionshäuser im Zeitraum nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems (-142 , $p > 0,1$). 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 Krankenhäusern 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 nicht bestätigt wird ($p > 0,1$). 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 8,0 Prozentpunkte geringere Fallzahlen auf als Einrichtungen, die im Beobachtungszeitraum nicht nach PEPP abgerechnet haben ($p < 0,001$). 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

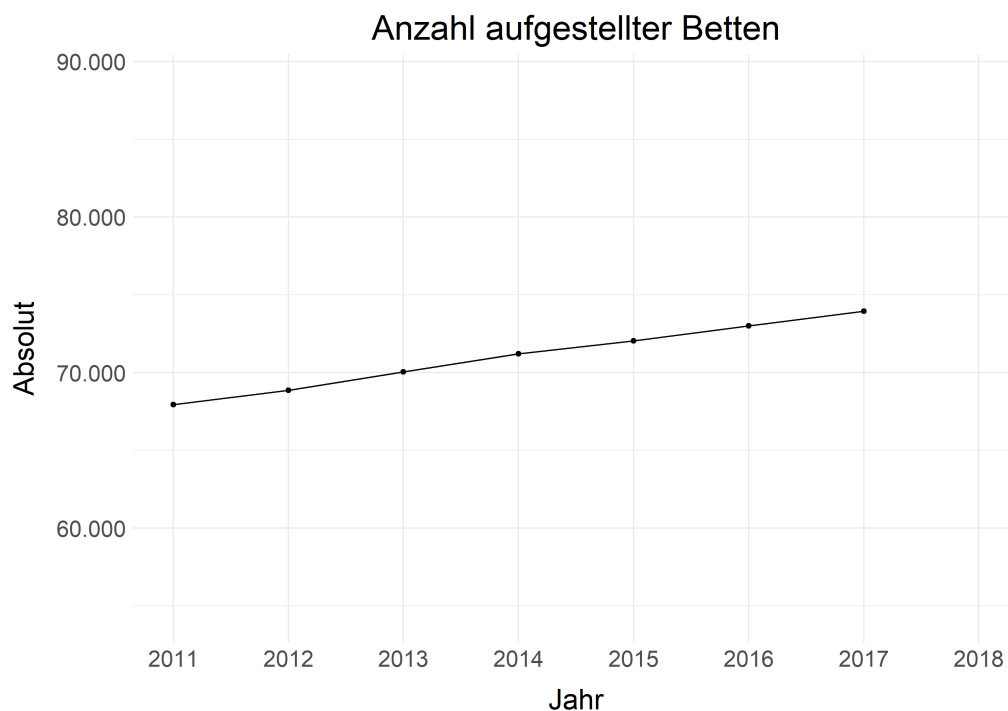
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



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

Abbildung 4.4.: Anzahl Krankenhäuser mit mehr als 50 Fällen

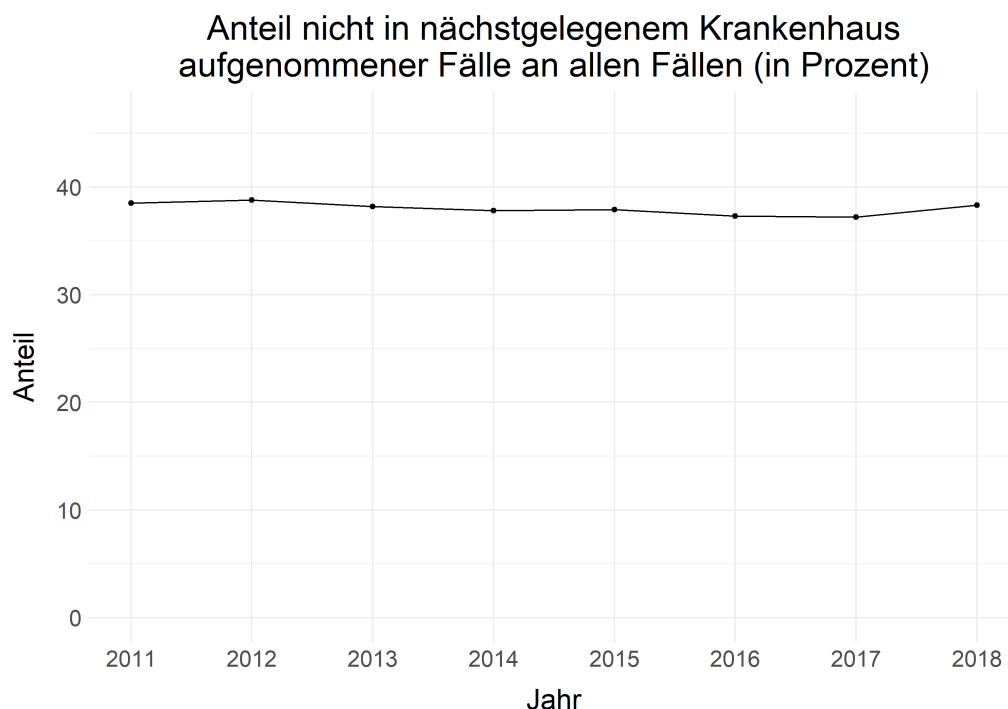
Die Anzahl der Psych-Krankenhäuser kann herangezogen werden, um infrastrukturelle Kapazitätsveränderungen im Krankenhausmarkt nachzuvollziehen. Abbildung 4.4 zeigt die Anzahl der leistungserbringenden Psych-Krankenhäuser, bei denen mindestens 50 Fälle aus dem Psych-Entgeltbereich abgerechnet wurden. Die Anzahl dieser Einrichtungen betrug 576 im Jahr 2011 und stieg auf 588 im Jahr 2018 (+2,1 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 diese erhöhte sich bis zum Jahr 2017 auf 73 944 (+8,8 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://bfpsyqb.inek.org/#/?indicator=403&criterion=Gesamt> abgerufen werden.

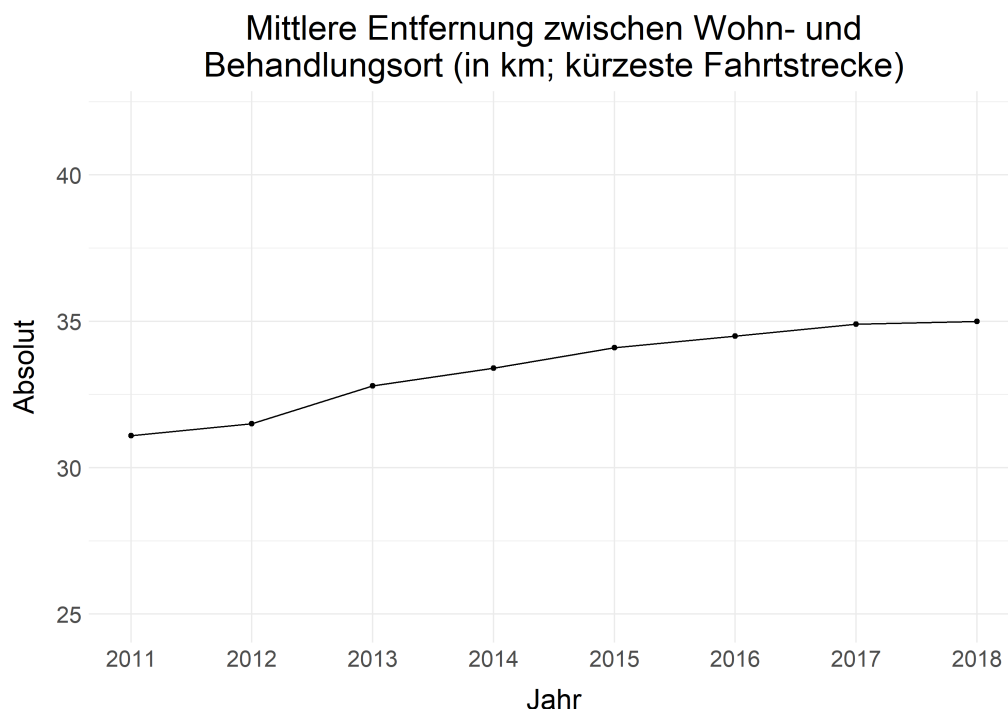


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 4.6.: Anteil nicht in nächstgelegenen 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 38,5 Prozent und im Jahr 2018 38,3 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 und sinkt insgesamt nur leicht um 0,2 Prozentpunkte. Die größte Veränderung betrug $-0,6$ Prozentpunkte (von 2012 auf 2013 sowie von 2015 auf 2016). 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 6,2 Prozentpunkte zu, während das Saarland im selben Zeitabschnitt einen Rückgang von 11,4 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://bfpsyqb.inek.org/#/?indicator=6202&criterion=Gesamt> abgerufen werden.

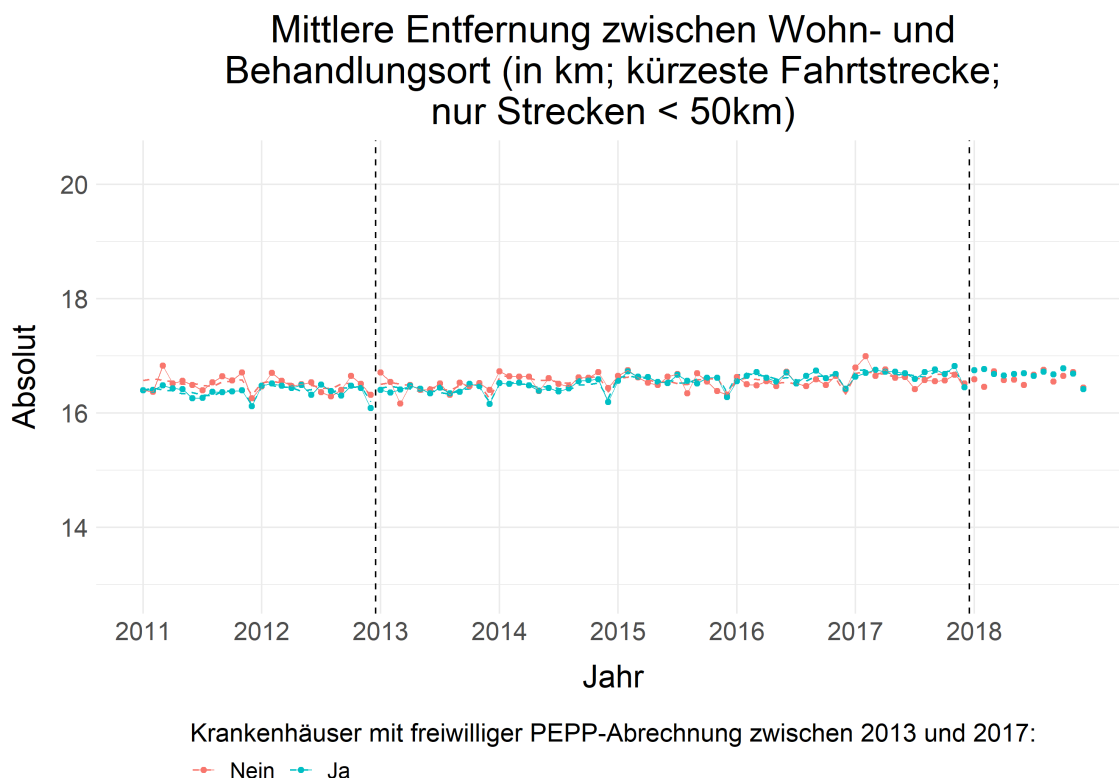


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

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 2018 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 2018 35,0 Kilometer. Dementsprechend ist im Beobachtungszeitraum ein Anstieg der kürzesten Fahrtstrecke von durchschnittlich 3,9 Kilometern bzw. 12,5 Prozent zu verzeichnen. Insgesamt verläuft der Aufwärtstrend über den gesamten Beobachtungszeitraum relativ kontinuierlich, allerdings war die Schwankungsbreite zwischen den Bundesländern auch hier groß. In Hessen und Bayern konnte eine Zunahme von 28,0 bzw. 23,9 Prozent beobachtet werden, während in Baden-Württemberg oder Brandenburg fast keine Veränderung gemessen wurde (+0,5 bzw. +0,7 Prozent). Eine differenzierte Betrachtung des Indikators nach Strukturkategorien zeigt, dass die Entfernung vom Wohn- zum Behandlungsort ebenfalls deutlich variiert. PatientInnen, die sich in vollstationäre psychosomatische Behandlung begaben, legten 2018 im Durchschnitt 120,1 Kilometer zurück, während PatientInnen, die vollstationär in psychiatrische Kliniken aufgenommen wurden, durchschnittlich 29,1 Kilometer reisten. 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://bfpsyqb.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 2017 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abgerechnet haben (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe. Die grünen und orangen Beobachtungen im Jahr 2018 sind in dem statistischen Modell nicht berücksichtigt (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 mussten¹². Die grafische Analyse offenbart keine nennenswerten Unterschiede im Niveau zwischen den Vergleichsgruppen.

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 0,1 Ki-

¹²Mit 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 dies normalerweise der Fall wäre. Ebenfalls ist denkbar, dass medizinische Gründe für eine Überweisung in eine weiter entfernte Spezialklinik gesprochen haben.

lometer kürzere Strecke von ihrem Wohnort zum Krankenhaus zurücklegen ($p < 0,001$, s. Tabelle B.10). Die Entfernung nimmt im zeitlichen Verlauf mit einer Veränderung von insgesamt 0,1 Kilometern leicht zu ($p < 0,01$). Im Vergleich zur Gruppe der Krankenhäuser, die weiterhin TGPS abgerechnet haben, ist die zu überwindende Entfernung für Fälle der PEPP-Optionshäuser nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems 2013 zwar statistisch signifikant von null verschieden ($p < 0,01$), jedoch mussten PatientInnen von Krankenhäusern, die für PEPP optiert haben, in den Jahren 2013 bis 2017 durchschnittlich lediglich 0,1 Kilometer mehr zurücklegen als PatientInnen der Kontrollgruppe.

Wird dieselbe Regression unter Berücksichtigung aller Fälle geschätzt – d. h. auch derjenigen, die 50 Kilometer und mehr anreisen mussten – ändern sich die Koeffizienten (s. Tabelle B.11). PatientInnen der Optionshäuser legten über den gesamten Zeitraum durchschnittlich 13 Kilometer mehr zurück als PatientInnen von Krankenhäusern der Kontrollgruppe ($p < 0,001$). Im Zeitraum von 2013 bis 2017 legten die PatientInnen durchschnittlich 0,4 Kilometer weniger zurück, um eine Behandlung zu erhalten, als im Zeitraum von 2011 bis 2012. Im Vergleich zur Gruppe der Krankenhäuser, die weiterhin TGPS abgerechnet haben, ist die zurückzulegende Entfernung für PatientInnen der PEPP-Optionshäuser nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems im Jahr 2013 um rund 0,4 Kilometer weiter. Dieser Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant von null verschieden ($p > 0,1$).

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. Bei der Interpretation der Indikatoren ist allerdings zu beachten, dass PatientInnen, die von Krankenhäusern aufgrund einer regionalen Versorgungsverpflichtung aufgenommen werden, nicht nur außerhalb der Kernarbeitszeiten in die Krankenhäuser kommen. Beispielsweise werden PatientInnen, deren Zwangseinweisung nach § 1906 BGB durch den Zufühdienst oder ärztliche MitarbeiterInnen in Zusammenarbeit mit der Feuerwehr und Polizei umgesetzt wird, häufig tagsüber untergebracht.

Die deskriptive Analyse zeigt, dass die Zahl der vollstationären Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit in den Jahren 2011 bis 2013 zunächst ansteigt, während im Zeitraum von 2013 bis 2018 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 jedoch, dass ein Niveauunterschied zwischen den Optionshäusern und den Krankenhäusern besteht, die im Beobachtungszeitraum weiterhin nach TGPS abrechneten. Die Gruppe der PEPP-Häuser nahm mehr Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit vollstationär auf. Eine mögliche Erklärung ist, dass diese Gruppe insgesamt mehr Fälle behandelt, weil sie entweder mehr Krankenhäuser

beinhaltet, oder diese durchschnittlich höhere Fallzahlen aufweisen als Krankenhäuser der Kontrollgruppe. Eine Betrachtung der Gesamtfallzahlen stützt diese These und zeigt, dass die Optionshäuser im Beobachtungszeitraum im Durchschnitt 14 500 Fälle und 13 919 PatientInnen mehr behandelt haben als die Krankenhäuser der Kontrollgruppe (s. Kapitel 6).

Eine Betrachtung des Anteils der Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit bestätigt die Vermutung, dass die höhere Zahl an Aufnahmen in Optionshäusern durch insgesamt höhere Fallzahlen verursacht wird. Im Rahmen der inferenzstatistischen Analyse konnte gezeigt werden, dass sich der Anteil zwischen den beiden Gruppen zwar statistisch signifikant unterscheidet, die Optionshäuser allerdings durchschnittlich rund 8 Prozent weniger Fälle am Wochenende bzw. zwischen 17 und 9 Uhr aufnahmen als Krankenhäuser, die nach TGPS abrechneten. 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 sowohl in der Anzahl als auch 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.

Während die Indikatoren Anzahl und Anteil der Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit zur Operationalisierung ungeplanter Krankenhausaufenthalte genutzt werden können, gibt die Anzahl der Krankenhäuser mit mehr als 50 Fällen aus dem Psych-Entgeltbereich 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 2018 um insgesamt +2,1 Prozent) war im Beobachtungszeitraum ein Anstieg der Bettenzahlen in psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen um insgesamt 8,8 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, interessant. 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 [12]. 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 2017 von 110,1 auf 128,5 zugenommen [26]. 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 aufgenommenen Fälle lassen Rückschlüsse darauf zu, inwieweit sich der Zugang zu stationären psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen räumlich veränderte 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 ($-0,2$ Prozentpunkte zwischen 2011 und 2018). 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 Veränderungen beeinflusst sein. Die Fallzahlen in der Psychosomatik bzw. psychotherapeutischen Medizin sind im Beobachtungszeitraum um 26,5 Prozent gestiegen, was unter anderem auf eine Zunahme an Versorgungsprävalenzen im Bereich von Essstörungen [3] und Burnout [69] zurückzuführen ist. PatientInnen mit diesen Diagnosen werden häufig in psychosomatischen Einrichtungen behandelt. Die Anzahl der Fälle in der Psychiatrie und Psychotherapie ging von 2011 auf 2017 hingegen um 0,2 Prozent leicht zurück [7, 8]. 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 nächstgelegenen 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 aller Krankenhäuser zeigt, dass die Entfernung, die von PatientInnen vom Wohn- zum Behandlungsort zurückgelegt wurde, über den gesamten Beobachtungszeitraum von 2011 bis 2018 mit einem relativ konstanten Verlauf um insgesamt 12,5 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 vollstationär 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 Fahrstrecke 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 von PatientInnen zurückzulegende Entfernung war im Nachzeitraum der freiwilligen PEPP-Einführung über beide Gruppen statistisch signifikant höher als zuvor, und PatientInnen der Optionshäuser legten eine signifikant längere Strecke zurück als die der Kontrollgruppe. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich in der Gruppe der Optionshäuser möglicherweise mehr Einrichtungen 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 bei dieser Betrachtung lediglich 0,1 Kilometer beträgt. Diese Analyse zeigt zudem, dass PatientInnen der Optionshäuser im Vergleich zu denen von TGPS-Häusern im Nachzeitraum der freiwilligen PEPP-Einführung ebenfalls nur 0,1 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 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 Versorgung, wobei Zuzahlungen und Gesamtkosten der medizinischen Versorgung im Fokus stehen.

Zum Ende des zweiten Forschungszyklus und auf Basis der untersuchten Indikatoren kann in der Gesamtschau also keine im zeitlichen Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems 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. Hierbei 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 infolge 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 anhand 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 Berichtszeitraumes im Rahmen des aktuellen Forschungszyklus um die Datenjahre 2016 bis 2018 erweitert.

Das Ziel von Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach [§ 64b SGB V](#) besteht in der Verbesserung der PatientInnenversorgung, u. a. durch eine sektorübergreifende Leistungserbringung. Durch § 64b SGB V ist eine einheitliche Dokumentation zu den Inhalten der Modellvorhaben gewährleistet. Im Folgenden wird der Indikator „Anzahl Modellprojekte“ analysiert, da dieser einen Hinweis 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. Unterschiedliche Anforderungen an die Versorgung somatischer bzw. psychiatrischer und psychosomatischer PatientInnen erfordern grundsätzlich unterschiedliche Vergütungslogiken im DRG- bzw. im PEPP-Entgeltsystem. 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 der 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 oder potenziell substituierende Versorgungsbereiche 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 die Fallzahlen in Psychiatrischen Institutsambulanzen untersucht.

Die folgenden empirischen Analysen erfolgen auf Basis von Daten aus der Krankenhausbefragung, von Sekundärdaten wie den aggregierten Leistungsdaten der Krankenhäuser (Datengrundlage gemäß § 21 KHEntG), Daten des Statistischen Bundesamtes, Daten der KJ1-Statistik des BMG und Daten der gesetzlichen Krankenkassen (Datengrundlage gemäß § 295 und § 301). Zur Zählung der Modellprojekte werden die an das InEK gemeldeten Vertragsdaten verwendet. Im Fokus dieses Endberichts stehen die Datenjahre 2011 bis 2018, d. h. die Zeit vor und nach der (optionalen) Einführung des PEPP-Entgeltsystems.

Zur Untersuchung der Personalausstattung werden zudem Daten aus der Krankenhausbefragung herangezogen. So wird u. a. die mittlere Anzahl beschäftigter ÄrztInnen und Diplom-PsychologInnen betrachtet und Veränderungen in Bezug auf die Beschäftigungszahlen verschiedener Berufsgruppen analysiert. Die Entwicklung von Investitionen in Hin-

blick auf verschiedene Bezugsgrößen wie die Bettenkapazität oder Fallzahlen wird ebenfalls anhand von Befragungsdaten untersucht.

5.1. Versorgungs- und Leistungsstrukturen des stationären Sektors

Deskriptive Analyse der Primärdaten

Tabelle 5.1.: Mittlere Anzahl beschäftigter ÄrztInnen

		1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus			
Qualifikation	optiert	2013	2014	2015	MW_1	2016	2017	2018	MW_2
insgesamt									
$(n_1 = 70, n_2 = 72)$	gesamt	30,7	31,5	31,7	31,3	23,5	23,9	24,2	23,9
$(n_1 = 37, n_2 = 7)$	nein*	31,8	32,8	33,3	32,6	20,5	21,2	21,9	21,2
$(n_1 = 32, n_2 = 65)$	ja	29,6	30,3	30,0	30,0	26,6	26,5	26,4	26,5
FachärztInnen									
$(n_1 = 67, n_2 = 65)$	gesamt	15,0	15,1	14,9	15,0	12,0	12,3	12,6	12,3
$(n_1 = 34, n_2 = 7)$	nein*	15,4	15,9	16,4	15,9	11,4	11,8	12,3	11,8
$(n_1 = 32, n_2 = 58)$	ja	14,5	14,4	13,5	14,1	12,5	12,8	12,9	12,7
FA Psychiatrie									
$(n_1 = 55, n_2 = 57)$	gesamt	12,6	12,7	12,3	12,5	9,9	10,3	10,1	10,1
$(n_1 = 31, n_2 = 7)$	nein*	11,5	12,3	12,4	12,1	9,0	9,6	9,6	9,4
$(n_1 = 24, n_2 = 50)$	ja	13,7	13,1	12,2	13,0	10,7	11,0	10,6	10,8
psychother. ZQ									
$(n_1 = 44, n_2 = 38)$	gesamt	5,6	5,5	5,4	5,5	4,3	4,2	4,2	4,3
$(n_1 = 26, n_2 = 5)$	nein*	5,2	5,3	5,5	5,3	4,1	4,2	3,9	4,0
$(n_1 = 18, n_2 = 33)$	ja	6,0	5,7	5,3	5,6	4,5	4,3	4,6	4,5
ÄrztInnen in Weiterbild.									
$(n_1 = 65, n_2 = 65)$	gesamt	14,0	15,0	15,2	14,7	12,5	13,2	13,1	12,9
$(n_1 = 33, n_2 = 7)$	nein*	13,9	14,4	14,8	14,4	9,9	10,4	11,0	10,5
$(n_1 = 32, n_2 = 58)$	ja	14,2	15,6	15,5	15,1	15,0	15,9	15,2	15,4

Anm.: Die MitarbeiterInnenzahl wird in Vollzeitäquivalenten angegeben. Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben. * = Die Personalzahlen sind an die Bettenanzahlen der Optionshäuser adjustiert.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Im ersten Forschungszyklus beschäftigten Krankenhäuser, die zwischen 2013 und 2015 optiert haben, im Mittel weniger ÄrztInnen als Krankenhäuser, die im selben Zeitraum nicht optiert haben. Insgesamt werden in den Optionshäusern über die betrachteten Jahre (2013 bis 2015) im Durchschnitt 30,0 ÄrztInnen beschäftigt, in Nicht-Optionshäusern sind ÄrztInnenstellen dagegen mit 32,6 Vollzeitäquivalenten (VÄ) p. a. besetzt (s. Tabelle 5.1). Für den Zeitraum von 2016 bis 2018 zeigt sich in diesem Zusammenhang ein entgegengesetztes Bild. Im Mittel werden hier in den Optionshäusern mit 26,5 VÄ p. a. mehr ÄrztInnen beschäftigt als in Nicht-Optionshäusern (21,2 VÄ p. a.).

Von 2013 bis 2015 zeigt sich teilweise auch bei der Betrachtung der Anzahl durchschnittlich beschäftigter ÄrztInnen getrennt nach Qualifikation und bei den FachärztInnen eine Mehrbeschäftigung in den Nicht-Optionshäusern (14,1 vs. 15,9 VÄ p. a.). Bei den FachärztInnen für Psychiatrie und den ÄrztInnen in Weiterbildung sind wiederum 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.). Im zweiten Forschungszyklus setzt sich das Bild aus dem ersten Forschungszyklus bei den FachärztInnen, den FachärztInnen für Psychiatrie und den ÄrztInnen in Weiterbildung fort. In diesen Bereichen werden über die Jahre 2016 bis 2018 in den Optionshäusern durchschnittlich mehr ÄrztInnen beschäftigt als in den Nicht-Optionshäusern (12,7 vs. 11,8 VÄ p. a. bzw. 10,8 vs. 9,4 VÄ p. a. bzw. 15,4 vs. 10,5 VÄ p. a.).

Neben diesen Ergebnissen tritt im ersten Forschungszyklus ein weiterer Effekt auf, wonach in den Optionshäusern über die betrachteten Jahre eine leichte, aber kontinuierliche Abnahme des Stellenumfangs bei ÄrztInnen realisiert wird und in den Nicht-Optionshäusern eine leichte, aber kontinuierliche Zunahme der ÄrztInnenstellen beobachtet werden kann. Bei den FachärztInnen für Psychiatrie fallen die Beschäftigtenzahlen leicht in den Optionshäusern beispielsweise 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. leicht ansteigen. Die Betrachtung beider Tendenzen zeigt eine Angleichungsbewegung auf, die auch bei den ÄrztInnen mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation zu finden ist. Über die Jahre 2016 bis 2018 zeigt sich dieser Effekt nur noch teilweise und weniger ausgeprägt. In den Nicht-Optionshäusern ist wie in den vorangegangenen Jahren eine leichte, jedoch kontinuierliche Zunahme des Stellenumfangs bei ÄrztInnen festzustellen, von 20,5 über 21,2 auf 21,9 VÄ p. a. Dies trifft auch in den Optionshäusern bei den FachärztInnen und ÄrztInnen in Weiterbildung zu. Bei den FachärztInnen für Psychiatrie sind über die Jahre 2016 bis 2018 die Beschäftigtenzahlen in den Optionshäusern nahezu konstant, wohingegen sie in den Nicht-Optionshäusern im gleichen Zeitraum von 9,0 auf 9,6 VÄ p. a. leicht ansteigen.

In Bezug auf die Unterteilung von nach PEPP und nach TGPS abgerechneten Fällen zwischen beiden Forschungszyklen ist hinsichtlich dieser Indikatoren kein systematisches Bild erkennbar.

Tabelle 5.2.: Mittlere Anzahl beschäftigter Diplom-PsychologInnen

Qualifikation	optiert	1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus			
		2013	2014	2015	MW_1	2016	2017	2018	MW_2
insgesamt									
$(n_1 = 65, n_2 = 70)$	gesamt	12,6	12,8	13,5	13,0	11,7	11,9	12,9	12,2
$(n_1 = 34, n_2 = 7)$	nein*	13,5	13,6	14,3	13,8	12,0	12,4	13,5	12,6
$(n_1 = 30, n_2 = 63)$	ja	11,8	12,1	12,8	12,2	11,3	11,5	12,4	11,7
Psycholog. Psychother.									
$(n_1 = 51, n_2 = 55)$	gesamt	5,3	5,3	5,4	5,4	4,7	4,9	5,1	4,9
$(n_1 = 29, n_2 = 6)$	nein*	4,5	4,6	4,9	4,7	4,6	4,9	5,0	4,8
$(n_1 = 22, n_2 = 49)$	ja	6,2	6,0	6,0	6,1	4,9	5,0	5,2	5,0
Psycholog. Psychother. i. A.									
$(n_1 = 50, n_2 = 54)$	gesamt	3,1	3,1	3,5	3,2	3,5	3,9	4,2	3,9
$(n_1 = 26, n_2 = 7)$	nein*	3,5	3,4	3,3	3,4	3,8	4,2	4,5	4,2
$(n_1 = 21, n_2 = 47)$	ja	2,7	2,8	3,8	3,1	3,3	3,6	3,9	3,6
Dipl.-Psych. o. psychother. Ausb.									
$(n_1 = 46, n_2 = 42)$	gesamt	4,8	5,0	5,2	5,0	4,8	5,2	5,5	5,2
$(n_1 = 26, n_2 = 5)$	nein*	5,4	6,1	6,6	6,1	4,7	5,1	5,5	5,1
$(n_1 = 20, n_2 = 37)$	ja	4,2	3,8	3,8	3,9	5,0	5,4	5,5	5,3

Anm.: Die MitarbeiterInnenzahl wird in Vollzeitäquivalenten angegeben. Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben. * = Die Personalzahlen sind an die Bettenanzahlen der Optionshäuser adjustiert.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

In Bezug auf die mittlere Anzahl der beschäftigten Diplom-PsychologInnen¹³ zeigen sich bei Options- und Nicht-Optionshäusern im ersten Forschungszyklus Unterschiede hinsichtlich der Personalausstattung. 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). Dieser Unterschied bleibt im zweiten Forschungszyklus, wenn auch etwas geringer, bestehen (12,6 vs. 11,7 VÄ p. a.).

Entgegen diesem Gesamtergebnis sind psychologische PsychotherapeutInnen zwischen 2013 und 2015 in Optionshäusern mit 6,1 VÄ p. a. häufiger vertreten als in Nicht-Optionshäusern mit 4,7 VÄ p. a. Zwischen 2016 und 2018 unterscheiden sich die beiden Gruppen bei der Anzahl der beschäftigten psychologischen PsychotherapeutInnen dagegen kaum noch, Optionshäuser weisen eine etwas höhere Beschäftigung auf (5,0 vs. 4,8 VÄ p. a.).

Im ersten Forschungszyklus werden Diplom-PsychologInnen ohne psychotherapeutische Zusatzausbildung, wie auch Diplom-PsychologInnen allgemein, häufiger in Nicht-Optionshäusern beschäftigt als in Optionshäusern (6,1 vs. 3,9 V p. a.). Dieses Bild bleibt im zweiten Forschungszyklus nicht bestehen. Auch die Beschäftigung der Diplom-PsychologInnen ohne psychotherapeutische Zusatzausbildung ist in den Optionshäusern etwas höher als in den Nicht-Optionshäusern (5,3 vs. 5,1 VÄ p. a.), wobei die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen im zweiten Forschungszyklus geringer sind.

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

Tabelle 5.3.: Mittlere Anzahl der in neuen Berufsgruppen Beschäftigten

Berufsgruppe	optiert	1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus			
		2013	2014	2015	MW_1	2016	2017	2018	MW_2
Kodierfachkräfte									
$(n_1 = 49, n_2 = 51)$	gesamt	1,6	1,8	2,2	1,9	2,0	2,2	2,3	2,2
$(n_1 = 24, n_2 = 5)$	nein*	1,8	1,9	2,5	2,1	2,3	2,7	2,8	2,6
$(n_1 = 25, n_2 = 46)$	ja	1,5	1,7	1,9	1,7	1,6	1,8	1,9	1,8
Medizinische DokumentarInnen									
$(n_1 = 29, n_2 = 27)$	gesamt	0,7	0,8	0,8	0,8	0,4	0,3	0,2	0,3
$(n_1 = 16, n_2 = 3)$	nein*	0,7	0,8	1,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0
$(n_1 = 13, n_2 = 24)$	ja	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,6	0,4	0,6
DokumentationsassistentInnen									
$(n_1 = 33, n_2 = 27)$	gesamt	0,6	0,8	1,0	0,8	0,4	0,4	0,4	0,4
$(n_1 = 17, n_2 = 3)$	nein*	0,8	1,0	1,3	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
$(n_1 = 15, n_2 = 24)$	ja	0,4	0,6	0,7	0,6	0,7	0,8	0,7	0,7
StationssekretärInnen/StationsassistentInnen									
$(n_1 = 41, n_2 = 35)$	gesamt	2,5	2,8	2,9	2,7	1,5	1,7	1,8	1,7
$(n_1 = 21, n_2 = 4)$	nein*	2,1	2,5	2,7	2,5	1,3	1,4	1,5	1,4
$(n_1 = 20, n_2 = 31)$	ja	2,9	3,1	3,1	3,0	1,8	2,0	2,1	1,9
FallmanagerInnen inkl. Entlass- und Überleitungsmanagement									
$(n_1 = 27, n_2 = 22)$	gesamt	1,3	1,5	1,6	1,5	0,9	1,1	2,4	1,5
$(n_1 = 16, n_2 = 3)$	nein*	0,5	0,6	0,7	0,6	0,9	1,2	3,6	1,9
$(n_1 = 11, n_2 = 19)$	ja	2,1	2,5	2,4	2,3	0,9	1,0	1,2	1,1
MitarbeiterInnen Logistik/Materialwirtschaft/Service zur Entlastung der Pflege									
$(n_1 = 28, n_2 = 29)$	gesamt	5,5	5,4	6,1	5,7	7,6	8,1	6,7	7,5
$(n_1 = 17, n_2 = 3)$	nein*	1,7	1,6	2,9	2,1	9,7	10,4	7,2	9,1
$(n_1 = 11, n_2 = 26)$	ja	9,3	9,3	9,3	9,3	5,5	5,7	6,3	5,8
MitarbeiterInnen in anderen neuen Berufsfeldern									
$(n_1 = 30, n_2 = 26)$	gesamt	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,5	0,4
$(n_1 = 19, n_2 < 3)$	nein*	0,4	0,3	0,4	0,4				
$(n_1 = 11, n_2 = 24)$	ja	0,3	0,3	0,4	0,3	0,6	0,6	1,0	0,7

Anm.: Die MitarbeiterInnenzahl wird in Vollzeitäquivalenten angegeben. Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben. * = Die Personalzahlen sind an die Bettenanzahlen der Optionshäuser adjustiert.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

In den Ergebnissen zum ersten Forschungszyklus zeigen sich zwischen Optionshäusern und Nicht-Optionshäusern deutliche Unterschiede bei der Beschäftigung von MitarbeiterInnen in den „neuen“ Berufsgruppen. Unterschiede zwischen den Options- und Nicht-Optionshäusern und den beschäftigten MitarbeiterInnen zeigen sich auch im zweiten Forschungszyklus, wenngleich sich diese teilweise genau entgegengesetzt zum ersten Forschungszyklus verhalten. Die Aussagekraft der Ergebnisse der Nicht-Optionshäuser im zweiten Forschungszyklus ist zudem aufgrund der geringen Stichprobengröße limitiert.

Im ersten Forschungszyklus werden Kodierfachkräfte, Medizinische DokumentarInnen sowie DokumentationsassistentInnen in Nicht-Optionshäusern häufiger beschäftigt als in Optionshäusern (2,1 vs. 1,7 MitarbeiterInnen, 0,8 vs. 0,7 MitarbeiterInnen und 1,0 vs. 0,6 MitarbeiterInnen, s. Tabelle 5.3).

Mit wenigen Ausnahmen nehmen die Beschäftigtenzahlen der hier dargestellten Berufsgruppen über die betrachteten Zeiträume 2013 bis 2015 und 2016 bis 2018 jährlich zu. Für den zweiten Forschungszyklus kann aufgrund der geringen Anzahl der Nicht-Optionshäuser ($n=3$) keine Aussage zur Entwicklung des Trends der Indikatoren getroffen werden.

Tabelle 5.4.: Mittlere Anzahl VerwaltungsmitarbeiterInnen

		1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus			
Bereich	optiert	2013	2014	2015	MW_1	2016	2017	2018	MW_2
Verwaltungsmitarbeiter									
$(n_1 = 54, n_2 = 61)$	gesamt	33,6	33,8	34,5	34,0	25,1	28,1	28,6	27,3
$(n_1 = 27, n_2 = 7)$	nein*	35,7	35,5	36,2	35,8	29,0	30,7	30,9	30,2
$(n_1 = 27, n_2 = 54)$	ja	31,4	32,2	32,7	32,1	21,2	25,4	26,3	24,3
davon Finanzen									
$(n_1 = 49, n_2 = 53)$	gesamt	13,1	11,9	12,0	12,3	11,2	12,0	12,4	11,9
$(n_1 = 22, n_2 = 6)$	nein*	11,1	11,0	11,5	11,2	13,6	14,8	15,5	14,6
$(n_1 = 27, n_2 = 47)$	ja	15,1	12,8	12,6	13,5	8,9	9,2	9,3	9,1
davon Personal									
$(n_1 = 46, n_2 = 48)$	gesamt	5,8	5,8	5,9	5,9	4,6	4,7	4,7	4,7
$(n_1 = 22, n_2 = 6)$	nein*	5,0	5,2	5,1	5,1	4,0	4,0	3,9	4,0
$(n_1 = 24, n_2 = 42)$	ja	6,6	6,4	6,8	6,6	5,2	5,4	5,5	5,4
davon IT									
$(n_1 = 42, n_2 = 46)$	gesamt	5,3	5,4	5,7	5,5	3,6	3,6	3,7	3,6
$(n_1 = 21, n_2 = 6)$	nein*	4,9	4,9	5,1	5,0	2,9	2,9	3,1	3,0
$(n_1 = 21, n_2 = 40)$	ja	5,7	6,0	6,2	6,0	4,3	4,3	4,4	4,3
davon MedizincontrollerInnen									
$(n_1 = 43, n_2 = 51)$	gesamt	1,4	2,0	1,8	1,7	1,3	1,4	1,5	1,4
$(n_1 = 21, n_2 = 6)$	nein*	1,6	1,8	1,8	1,7	1,1	1,0	1,2	1,1
$(n_1 = 22, n_2 = 45)$	ja	1,2	2,1	1,8	1,7	1,6	1,8	1,9	1,8

Anm.: Die MitarbeiterInnenzahl wird in Vollzeitäquivalenten angegeben. Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben. * = Die Personalzahlen sind an die Bettenanzahlen der Optionshäuser adjustiert.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Die Ergebnisse des ersten Forschungszyklus zeigen, dass in den Verwaltungen der Nicht-Optionshäuser insgesamt mehr MitarbeiterInnen beschäftigt werden als in den Optionshäusern (35,8 vs. 32,1 MitarbeiterInnen, s. Tabelle 5.4). Dies trifft ebenfalls auf den zweiten Forschungszyklus zu, hier ist der Unterschied zwischen den beiden Gruppen noch größer (30,2 vs. 24,3 MitarbeiterInnen).

Für die Jahre 2013 bis 2015 übersteigen in drei der vier differenziert erhobenen Verwaltungsbereiche 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). Für die Jahre 2016 bis 2018 setzt sich dies nur für die MitarbeiterInnen im Bereich des Personals (5,4 vs. 4,0 MitarbeiterInnen) und im IT-Bereich (4,3 vs. 3,0 MitarbeiterInnen) fort. Die mittlere MitarbeiterInnenzahl im Bereich Finanzen liegt dagegen in den Nicht-Optionshäusern

deutlich höher als in den Optionshäusern (14,6 vs. 9,1 MitarbeiterInnen), was vermutlich auf Selektionseffekte zurückzuführen ist.

Im Verlauf der betrachteten Jahre 2013 bis 2015 nehmen die MitarbeiterInnenzahlen über den gesamten Verwaltungsbereich betrachtet kontinuierlich zu. Lediglich die Anzahl der Beschäftigten im Bereich Finanzen nimmt in den Optionshäusern im ersten Forschungszyklus kontinuierlich ab (15,1, 12,8 und 12,6 MitarbeiterInnen). Von 2016 bis 2018 steigt der Anteil der VerwaltungsmitarbeiterInnen in allen Bereichen insgesamt sukzessive an.

Einige der teilnehmenden Einrichtungen im ersten Forschungszyklus haben einzelne Bereiche im Betrachtungszeitraum ausgelagert. Am häufigsten ist dies der Bereich der Essensversorgung mit 19 Fällen (25,7 Prozent, s. Tabelle 5.5). Ebenfalls relativ häufig werden Reinigung (23,0 Prozent) und sonstige Bereiche (16,2 Prozent) ausgelagert. Auch über die Jahre 2016 bis 2018 lagern Einrichtungen einzelne Verwaltungsbereiche aus. Die drei häufigsten Bereiche sind dieselben wie im ersten Forschungszyklus.

Im ersten Forschungszyklus geben insgesamt 23 Einrichtungen an, mindestens einen und maximal sieben, zusammen insgesamt 74 und im Mittel 3,2 Verwaltungsbereiche ausgelagert zu haben, Optionshäuser hier im Durchschnitt etwas häufiger als Nicht-Optionshäuser (3,6 vs. 2,8 Bereiche bzw. als Anteil 54,1 Prozent 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). Im zweiten Forschungszyklus geben insgesamt 27 Einrichtungen an, ein bis sieben, insgesamt 78 und im Mittel 2,9 Verwaltungsbereiche ausgelagert zu haben.

Zählt man für den ersten Forschungszyklus die ausgelagerten Bereiche für alle Einrichtungen zusammen, so sind es bei den Nicht-Optionshäusern im Schnitt vier ausgelagerte Bereiche, was einer Quote von 0,57 entspricht (im ersten Forschungszyklus waren es 0,87 ausgelagerte Abteilungen pro Einrichtung), und bei den Optionshäusern 74 Abteilungen von 73 Einrichtungen, also 1,0 Abteilungen pro Einrichtung, die zwischen 2016 und 2018 optiert haben. Im Zeitraum von 2013 bis 2015 lag diese Quote sogar bei 1,2.

Mit Bezug auf Veränderungen in den Steuerungsprozessen der Krankenhäuser geben für die Jahre 2013 bis 2015 28 Einrichtungen an (40,6 Prozent, $n_1 = 69$), wesentliche Entwicklungen im nicht-medizinischen Bereich durchgeführt zu haben (Angaben von 15 Optionshäusern und 13 Nicht-Optionshäusern). Im zweiten Forschungszyklus geben 23 Einrichtungen an (28,8 Prozent, $n_2 = 69$), für 2016 bis 2018 wesentliche Entwicklungen im nicht-medizinischen Bereich durchgeführt zu haben (Angaben von 23 Optionshäusern und keinem Nicht-Optionshaus).

Im ersten Forschungszyklus gaben diese 28 Einrichtungen an, 44 Veränderungen mit Bezug zur PEPP-Umstellung vorgenommen zu haben (27 vs. 17 für Optionshäuser und Nicht-Optionshäuser). Genannt werden Änderungen u. a. im Berichtswesen, im Medizincontrolling und Vorbereitungen auf die PEPP-Umstellung in beiden Gruppen. Für die Jahre 2016 bis 2018 können diese Ergebnisse nicht dargestellt werden, da die jeweiligen Angaben als Folge der Bogenkürzung nicht mehr bei den Einrichtungen abgefragt wurden.

Tabelle 5.5.: Anzahl ausgelagerter Verwaltungsbereiche

Bereich	optiert	1. Forschungszyklus			2. Forschungszyklus		
		Häufigkeit	Prozent	Anteil von Ge-samt	Häufigkeit	Prozent	Anteil von Ge-samt
Essensversorgung	gesamt	19	25,7		16	20,0	
	nein	9	12,2	47,4	<3		
	ja	10	13,5	52,6	15	18,8	93,8
Reinigung	gesamt	17	23,0		20	25,0	
	nein	9	12,2	52,9	<3		
	ja	8	10,8	47,1	18	22,5	90,0
Haustechnik	gesamt	7	9,5		7	8,8	
	nein	4	5,4	57,1	0		
	ja	3	4,1	42,9	7	8,8	100,0
IT-Bereich	gesamt	8	10,8		9	11,3	
	nein	3	4,1	37,5	0		
	ja	5	6,8	62,5	9	11,3	100,0
Controlling	gesamt	5	6,8		6	7,5	
	nein	<3			0		
	ja	4	5,4	80,0	6	7,5	100,0
Finanzbuchhaltung	gesamt	6	8,1		9	11,3	
	nein	<3			0		
	ja	4	5,4	66,7	9	11,3	100,0
sonstige	gesamt	12	16,2		11	13,8	
	nein	6	8,1	50,0	<3		
	ja	6	8,1	50,0	10	12,5	90,9
insgesamt	gesamt	74	100,0		78	97,5	
	nein	34	45,9	45,9	4	5,0	5,1
	ja	40	54,1	54,1	74	92,5	94,9

Anm.: Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben.
 Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

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

		1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus			
Gegenstand	optiert	2013	2014	2015	MW_1	2016	2017	2018	MW_2
Gebäude									
$(n_1 = 28, n_2 = 13)$	gesamt	4 535	2 247	2 862	3 215	1 694	2 650	3 782	2 709
$(n_1 = 13, n_2 < 3)$	nein*	8 240	3 051	2 972	4 754				
$(n_1 = 15, n_2 = 12)$	ja	830	1 444	2 752	1 675	2 561	4 183	4 635	3 793
Neubauten									
$(n_1 = 15, n_2 = 8)$	gesamt	5 023	3 489	6 140	4 884	2 080	2 817	3 779	2 892
$(n_1 = 8, n_2 < 3)$	nein*	9 154	4 429	6 013	6 532				
$(n_1 = 7, n_2 = 7)$	ja	892	2 548	6 266	3 236	3 230	4 636	5 663	4 510
Um- und Erweiterungsbauten									
$(n_1 = 25, n_2 = 8)$	gesamt	1 205	641	698	848	2 772	2 378	2 158	2 436
$(n_1 = 13, n_2 < 3)$	nein*	1 994	961	1 029	1 328				
$(n_1 = 12, n_2 = 8)$	ja	415	321	368	368	2 772	2 378	2 158	2 436
Medizintechnik									
$(n_1 = 35, n_2 = 6)$	gesamt	126	143	153	141	743	779	974	832
$(n_1 = 18, n_2 < 3)$	nein*	143	205	156	168				
$(n_1 = 17, n_2 = 5)$	ja	109	80	150	113	555	308	217	360
IT-Software									
$(n_1 = 39, n_2 = 7)$	gesamt	90	70	75	79	432	207	148	263
$(n_1 = 21, n_2 < 3)$	nein*	81	77	76	78				
$(n_1 = 18, n_2 = 6)$	ja	99	63	74	79	554	35	31	207
IT-Hardware									
$(n_1 = 41, n_2 = 8)$	gesamt	99	87	85	91	36	34	86	52
$(n_1 = 21, n_2 < 3)$	nein*	146	116	124	129				
$(n_1 = 20, n_2 = 7)$	ja	53	58	46	52	21	35	46	34
Sonstige									
$(n_1 = 41, n_2 = 11)$	gesamt	481	392	458	444	722	994	1 503	1 073
$(n_1 = 22, n_2 < 3)$	nein*	528	538	523	529				
$(n_1 = 19, n_2 = 10)$	ja	435	245	394	358	704	1 223	1 608	1 178

Anm.: Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben. * = Die Investitionsbeträge sind an die Bettenanzahlen der Optionshäuser adjustiert.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

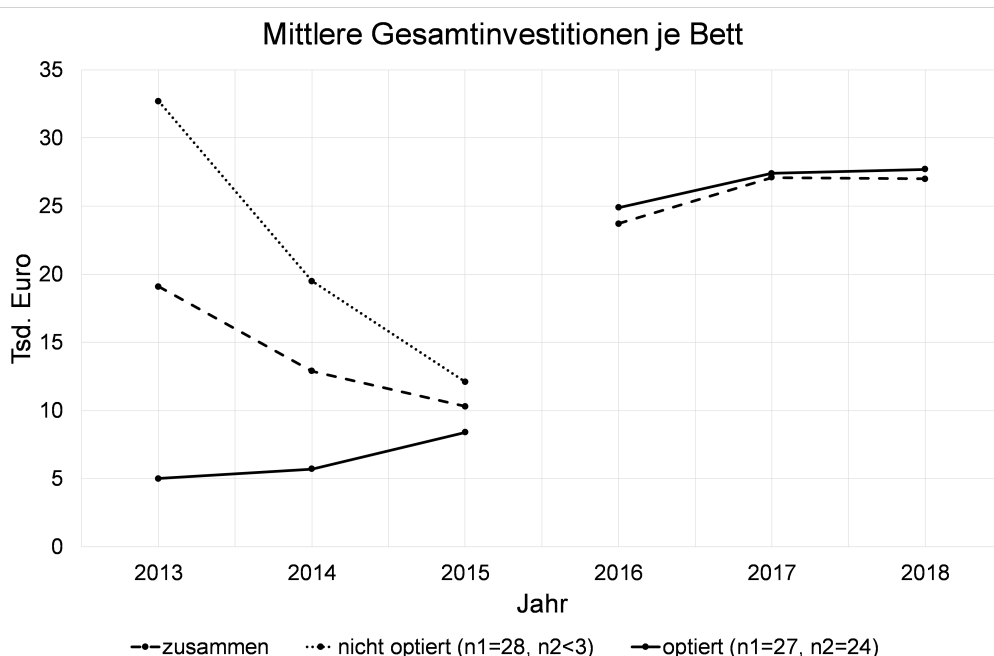
Im ersten Forschungszyklus werden die höchsten Investitionen allgemein für Neubauten und Gebäude aufgewendet. In den Jahren 2013 bis 2015 werden dafür durchschnittlich 4,9 bzw. 3,2 Mio. Euro pro Haus und Jahr in den befragten Einrichtungen investiert (s. Tabelle 5.5). Im zweiten Forschungszyklus zeigt sich teilweise ein entgegengesetzter Trend. Zwar werden in den Jahren 2016 bis 2018 immer noch die höchsten Investitionen für Gebäude (2,7 Mio. Euro) und Neubauten (2,9 Mio. Euro) aufgewendet, allerdings auf einem niedrigeren Niveau als im ersten Forschungszyklus.

Weiterhin bedeutend sind im ersten Forschungszyklus die Investitionen für Um- und Erweiterungsbauten, für Medizintechnik mit 0,8 bzw. 0,1 Mio. Euro und für sonstige Bereiche. Das Investitionsvolumen für Um- und Erweiterungsbauten der optierten Einrichtungen liegt im zweiten Forschungszyklus mit 2,4 Mio. Euro deutlich über den Angaben aus dem ersten Forschungszyklus. Das Investitionsvolumen der optierten Einrichtungen im Bereich

der Medizintechnik ist relativ gering (0,4 Mio. Euro), aber immer noch wesentlich höher als im ersten Forschungszyklus.

Für die Jahre 2013 bis 2015 ist in den Nicht-Optionshäusern das mittlere Investitionsvolumen 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.

Im ersten Forschungszyklus sinken die Investitionsvolumina der nicht optierten Einrichtungen über die Jahre fast ausschließlich. Im zweiten Forschungszyklus ist zu den Nicht-Optionshäusern aufgrund der geringen Fallzahl ($n_2 < 3$) keine Aussage möglich.



Anm.: Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben. Da sich die Stichprobe der Befragten vom ersten auf den zweiten Forschungszyklus allerdings wesentlich verändert hat, sind die Datenpunkte in den Grafiken zwischen dem letzten Beobachtungsjahr des ersten Forschungszyklus und dem ersten Jahr des zweiten Forschungszyklus nicht verknüpft.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 5.1.: Mittlere Gesamtinvestitionen je Bett

Werden die Gesamtinvestitionen der Krankenhäuser auf die jeweiligen Bettenkapazitäten bezogen, dann fallen die Gesamtinvestitionen je Bett im Mittel von 19,1 Tsd. Euro im Jahr 2013 über 12,9 Tsd. Euro im Jahr 2014 auf 10,3 Tsd. Euro im Jahr 2015 (s. Abbildung 5.1). Über die Jahre 2016 bis 2018 steigen die mittleren Gesamtinvestitionen von 23,7 Tsd. Euro je Bett auf zunächst 27,1 Tsd. Euro je Bett und bleiben dann weitestgehend konstant bei 27,0 Tsd. Euro je Bett.

Im ersten Forschungszyklus wird bei Nicht-Optionshäusern von einem hohen Ausgangsniveau ausgehend ein starker Rückgang der mittleren Gesamtinvestitionen 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). In den Optionshäusern ist über die Jahre 2016 bis 2018 auf einem höheren Niveau ein leichter Anstieg erkennbar (24,9; 27,4; 27,7 Tsd. Euro je Bett). Aufgrund der unterschiedlichen Stichproben der beiden Forschungszyklen sind die Ergebnisse und jeweiligen Entwicklungen des ersten und zweiten Forschungszyklus unabhängig voneinander zu betrachten.

Tabelle 5.7.: Mittlere Gesamtinvestitionen je Fall

optiert	1. Forschungszyklus			2. Forschungszyklus		
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
zusammen	1,30	0,75	0,72	1,82	2,12	2,09
nein ($n_1 = 27$, $n_2 < 3$)	2,25	1,07	0,90			
ja ($n_1 = 257$, $n_2 = 24$)	0,35	0,42	0,52	1,92	2,17	2,17

Anm.: Die Gesamtinvestitionen sind an die Anzahl der Fälle adjustiert.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Bezogen auf die jeweiligen Fallzahlen stellen sich die getätigten Investitionen je Fall im ersten Forschungszyklus in ähnlicher Weise dar wie die Gesamtinvestitionen je Bett (s. Tabelle 5.7). Die Fallzahl ist auch im zweiten Forschungszyklus insgesamt in etwa konstant geblieben, und es zeigt sich bei den Gesamtinvestitionen je Fall in etwa der gleiche Anstieg zwischen den beiden Betrachtungszyklen wie bei den Gesamtinvestitionen je Bett. Dieser kann sich unter anderem aus der unterschiedlichen Stichprobenzusammensetzung der Krankenhausbefragung ergeben.

Tabelle 5.8.: Mittlere Gesamtinvestitionen je Berechnungstag

optiert	1. Forschungszyklus			2. Forschungszyklus		
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
zusammen	53,6	28,3	24,9	48,8	70,5	69,4
nein ($n_1 = 27$, $n_2 < 3$)	92,1	41,1	31,7			
ja ($n_1 = 25$, $n_2 = 23$)	12,0	14,6	17,4	51,1	71,3	71,1

Anm.: Die Gesamtinvestitionen sind an die Anzahl der Berechnungstage adjustiert.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Auch bezogen auf die Berechnungstage zeigt sich dasselbe Investitionsmuster (s. Tabelle 5.8) wie bei den o. g. Betten- und Fallzahlen. Im ersten Forschungszyklus 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. Über die Jahre 2016 bis 2018 steigen die mittleren Investitionen je Berechnungstag insgesamt teilweise an, verhalten sich über die betrachteten Jahre jedoch sehr schwankend, wodurch kein Trend erkennbar wird. Insgesamt steigen die Investitionen von 48,8 Euro im Jahr 2016 auf 70,5 Euro im Jahr 2017 und sinken im Jahr 2018 auf 69,4 Euro ab.

Im ersten Forschungszyklus fallen bei den Nicht-Optionshäusern 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). Im zweiten

Forschungszyklus steigen die Investitionen in den Optionshäusern auf einem höheren Niveau ebenfalls an und bleiben von 2017 auf 2018 konstant (51,1 Euro; 71,3 Euro; 71,1 Euro).

In Tabelle 5.8 zeigt sich zudem in etwa die gleiche Beobachtung wie in den beiden anderen beschriebenen Abbildungen und Tabellen der Gesamtinvestitionen, da auch die Berechnungstage konstant bleiben. Generalisierende Aussagen sind hier jedoch nicht möglich, da die Stichprobe der Nicht-Optionshäuser im zweiten Forschungszyklus mit zwei Einrichtungen sehr gering ist.

Tabelle 5.9.: IT-Infrastruktur

		1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus			
	optiert	2013	2014	2015	MW_1	2016	2017	2018	MW_2
Anzahl PC-Arbeitsplätze									
$(n_1 = 38, n_2 = 48)$	gesamt	227	233	238	233	210	221	227	219
$(n_1 = 14, n_2 = 3)$	nein*	182	193	205	193	189	198	207	198
$(n_1 = 24, n_2 = 45)$	ja	272	260	271	268	231	243	247	240
Anzahl User (Benutzerkonten)									
$(n_1 = 34, n_2 = 40)$	gesamt	287	306	325	306	274	290	300	288
$(n_1 = 13, n_2 = 3)$	nein*	237	265	285	262	224	237	246	235
$(n_1 = 21, n_2 = 37)$	ja	336	347	366	350	324	343	354	340
Persistierender Speicher [tB]									
$(n_1 = 23, n_2 = 29)$	gesamt	138	136	132	135	177	209	228	204
$(n_1 = 7, n_2 < 3)$	nein*	5	14	20	13				
$(n_1 = 16, n_2 = 27)$	ja	271	258	244	258	344	408	446	399
Anzahl Serversysteme									
$(n_1 = 33, n_2 = 35)$	gesamt	26	31	32	30	23	26	27	25
$(n_1 = 10, n_2 < 3)$	nein*	33	40	42	39				
$(n_1 = 23, n_2 = 33)$	ja	19	21	22	21	21	22	24	22

Anm.: Angabe von Mittelwerten. Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben. * = Die Angaben sind an die Bettenanzahlen der Optionshäuser adjustiert.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Die in den Einrichtungen installierten IT-Strukturen werden in den Jahren 2013 bis 2015, 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 5.9). Entgegengesetzt dazu verhält es sich mit der Anzahl betriebener Serversysteme (21 vs. 39)¹⁴.

Im ersten Forschungszyklus lassen sich für alle abgefragten IT-Strukturmerkmale bei den Nicht-Optionshäusern durchgängig leichte Zuwächse über die Jahre erkennen. Diese Entwicklung ist in den Angaben der Optionshäuser nicht durchgängig zu erkennen; die Verläufe sind uneinheitlich. Kontinuierliche Zuwächse gibt es bei der Anzahl der Benutzerac-

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

counts (336, 347 und 366) und der Anzahl der Serversysteme (19, 21, 22), dagegen kontinuierliche Minderungen bei der persistierenden Speicherkapazität (271 tB, 258 tB, 244 tB). Die Anzahl der PC-Arbeitsplätze variiert unsystematisch in einem engen Bereich (260 bis 272). Im Gegensatz zum ersten Zyklus zeigt sich bei den Optionshäusern über die Jahre 2016 bis 2018 eine kontinuierliche Steigerung aller IT-Strukturmerkmale.

Tabelle 5.10.: Verwendete Software

		1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus			
	optiert	2013	2014	2015	MW_1	2016	2017	2018	MW_2
KIS-System									
$(n_1 = 49, n_2 = 64)$	gesamt	85,7	85,7	93,9	88,4	96,9	98,4	100,0	98,4
$(n_1 = 15, n_2 = 5)$	nein	73,3	73,3	80,0	75,6	100,0	100,0	100,0	100,0
$(n_1 = 34, n_2 = 59)$	ja	91,2	91,2	100,0	94,1	96,6	98,3	100,0	98,3
Elektronische Patientenakte									
$(n_1 = 49, n_2 = 60)$	gesamt	38,8	42,9	49,0	43,5	46,7	51,6	58,7	52,3
$(n_1 = 15, n_2 = 4)$	nein	13,3	20,0	33,3	22,2	50,0	60,0	80,0	63,3
$(n_1 = 34, n_2 = 56)$	ja	50,0	52,9	55,9	52,9	46,4	50,9	56,9	51,4
PEPP-Grouper									
$(n_1 = 49, n_2 = 62)$	gesamt	61,7	75,5	93,9	77,0	90,3	91,9	96,9	93,1
$(n_1 = 15, n_2 = 4)$	nein	53,3	60,0	80,0	64,4	50,0	50,0	60,0	53,3
$(n_1 = 34, n_2 = 58)$	ja	65,6	82,4	100,0	82,7	93,1	94,8	100,0	96,0
Kodiersoftware									
$(n_1 = 49, n_2 = 62)$	gesamt	70,8	75,5	87,8	78,0	87,1	87,1	89,1	87,8
$(n_1 = 15, n_2 = 5)$	nein	60,0	60,0	73,3	64,4	80,0	80,0	80,0	80,0
$(n_1 = 34, n_2 = 57)$	ja	75,8	82,4	94,1	84,1	87,7	87,7	89,8	88,4

Anm.: Angabe von Anteilen in Prozent. Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Die Nutzung von Kodiersoftware steigt über die Jahre des ersten Forschungszyklus an. Entsprechende Programme werden im Jahr 2015 von 94,1 Prozent aller Optionshäuser eingesetzt (s. Tabelle 5.10). Im zweiten Forschungszyklus steigt der Nutzungsgrad für Kodiersoftware nur leicht an, bei den Optionshäusern bis auf einen Wert von 89,8 Prozent im Jahr 2018.

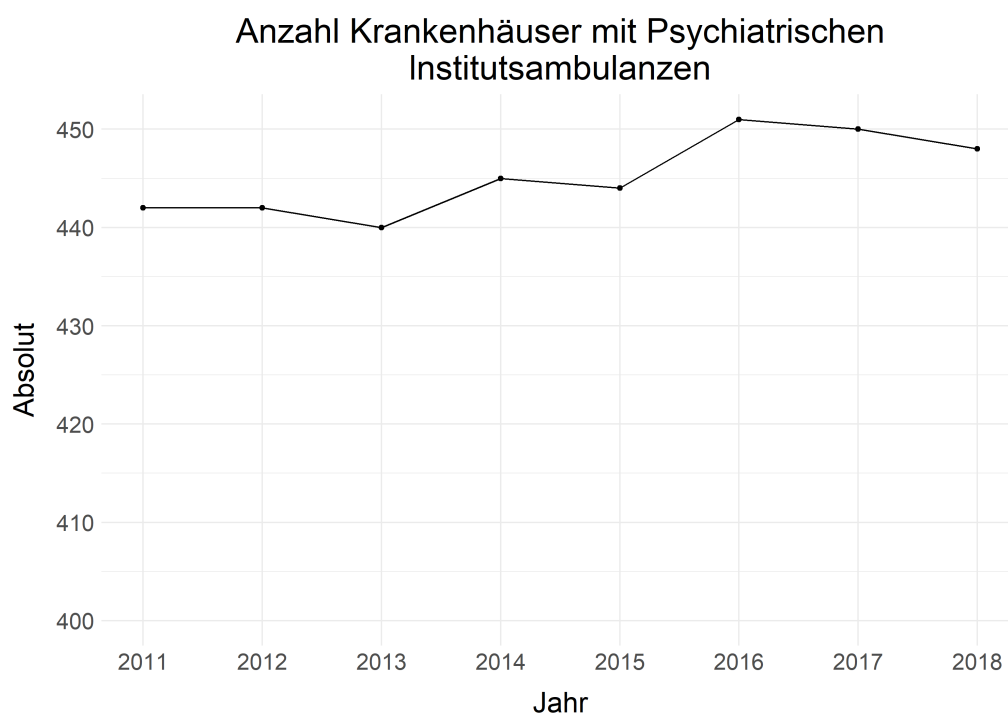
Der Anteil der Optionshäuser, die die elektronische Patientenakte einführen, bleibt im ersten Forschungszyklus deutlich hinter diesen Entwicklungen zurück und steigt bis zum Jahr 2015 auf 55,9 Prozent. Insgesamt führten 49,0 Prozent der Häuser bis zum Jahr 2015 die elektronische Patientenakte ein. Auch im zweiten Forschungszyklus steigt der Anteil der Häuser, die eine elektronische Patientenakte nutzen, stetig an. Die Optionshäuser erreichen hier, im Vergleich mit den Häusern, die noch nicht optiert haben, einen geringeren Wert von 56,9 Prozent (2018).

Von 2013 bis 2015 steigen die Anteile der Häuser, die ein KIS-System und einen PEPP-Grouper nutzen, deutlich an. Für beide erreichen die Optionshäuser im Jahr 2015 die 100 Prozent. Im zweiten Forschungszyklus wird bei der Nutzung eines KIS-Systems bzw. eines PEPP-Groupers bis zum Jahr 2018 ebenfalls in allen Optionshäusern eine vollständige Sättigung von 100 Prozent erreicht, im Bereich des KIS-Systems auch von den Nicht-

Optionshäusern. Dies lässt sich bei den Optionshäusern darauf zurückführen, dass diese generell einen PEPP-Groupen vorweisen müssen.

Bei der Anwendung von Software ist der Realisierungsgrad in den Optionshäusern im ersten Forschungszyklus durchgängig höher als in den Nicht-Optionshäusern. Im zweiten Forschungszyklus ist dieser Unterschied nur teilweise zu beobachten. Zudem ist die Aussagekraft der Ergebnisse hier aufgrund der kleinen Stichprobe eingeschränkt. Insgesamt zeigt sich eine Zunahme in allen Bereichen, was den Trend zur Digitalisierung widerspiegelt.

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



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

Abbildung 5.2.: Anzahl Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen

Abbildung 5.2 beschreibt die Anzahl der Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) für die Jahre 2011 bis 2018.¹⁵ Diese stieg im Beobachtungszeitraum auf Bundesebene leicht um 6 Krankenhäuser auf insgesamt 448. Der Anteil der PIA-Krankenhäuser an allen Psych-Krankenhäusern blieb im gleichen Zeitraum relativ konstant (−0,1 Prozentpunkte), da auch die Anzahl der Psych-Krankenhäuser insgesamt im Beobachtungszeitraum um 8 Krankenhäuser zunahm. Ergänzend ist anzumerken, dass bei der Berechnung des Indikators jede Einrichtung berücksichtigt wird, die mindestens eine PIA betreibt. Da es Krankenhäuser mit mehr als einer solchen Einrichtung gibt, lässt die

¹⁵Grundsätzlich können sowohl psychiatrische Fachkrankenhäuser als auch Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, 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.

Anzahl an Krankenhäusern mit Psychiatrischen Institutsambulanzen nur bedingt Rückschlüsse darauf zu, wie viele PIAs im Beobachtungszeitraum insgesamt neu entstanden sind.

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 Krankenhäuser mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz zwischen 2011 und 2018 um insgesamt 19,6 Prozentpunkte, während der Anteil im Saarland im gleichen Zeitraum um 17,5 Prozentpunkte zurückging.¹⁶

Innerhalb von nach Bettengrößenklasse differenzierten Subgruppen ergeben sich ebenfalls unterschiedliche Entwicklungen über den Beobachtungszeitraum. Während in Krankenhäusern mit einer Bettenanzahl zwischen 200 und 249 Betten der Anteil an Krankenhäusern mit mindestens einer PIA von 86,7 auf 93,1 Prozent (+6,4 Prozentpunkte) angestiegen ist, fiel er in Krankenhäusern mit 300 bis 399 Betten von 97,1 Prozent im Jahr 2011 um 4,2 Prozentpunkte auf 92,9 Prozent im Jahr 2018. Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 erlaubt den interessierten LeserInnen weitere detaillierte deskriptive Analysen zu diesem Indikator unter <https://bfpsyqb.inek.org/#/?indicator=601&criterion=Gesamt>.

5.2. Integrierte Versorgung und Modellvorhaben

Deskriptive Analyse der Primärdaten

Tabelle 5.11.: Mittlere Anzahl von Versicherten mit Verträgen zur integrierten Versorgung

	1. Forschungszyklus			2. Forschungszyklus		
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
insgesamt ($n_1 = 11$, $n_2 = 10$)	276	534	607	142	242	259

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

Im ersten Forschungszyklus machten insgesamt elf von 26 (42,3 Prozent) der teilnehmenden Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen Angaben zur Anzahl der Versicherten, die an einem Vertrag zur integrierten Versorgung¹⁷ teilnehmen. Im Jahr 2013 lag die Anzahl im Mittel bei 276 Versicherten pro Teilnehmer, im Jahr 2014 bei 534 Versicherten und im Jahr 2015 bei 607 Versicherten (s. Tabelle 5.11). Die Ergebnisse der

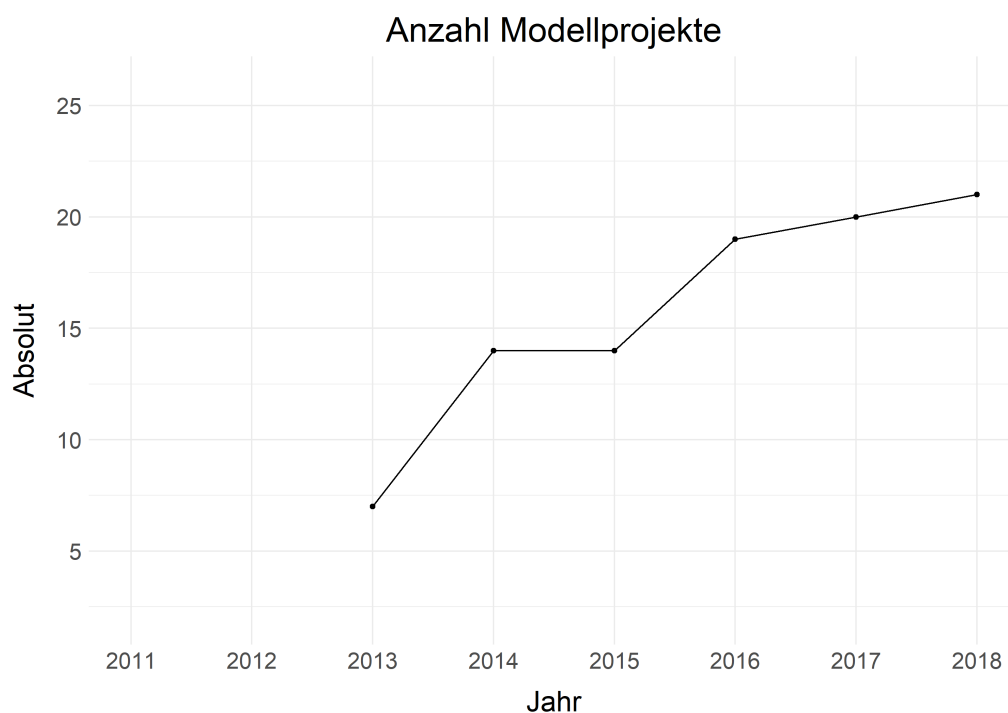
¹⁶Psychosomatische Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen können erst seit 2019 durch die Novellierung des Absatzes 3 des § 118 SGB V Institutsambulanzen betreiben. Dies ist bei der Interpretation der genannten Anteilswerte zu beachten, da diese für den betroffenen Zeitraum sowohl im Verhältnis zu allen 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.

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

im Fragebogen abgefragten Leistungsinhalte werden wegen zu geringer Fallzahlen nicht berichtet.

Über den Zeitraum 2016 bis 2018 machten insgesamt zehn von 26 Teilnehmern (38,5 Prozent) Angaben zur Anzahl der Versicherten mit einem Vertrag zur integrierten Versorgung. Im Jahr 2016 lag die Anzahl der Versicherten im Mittel bei 142 und stieg von durchschnittlich 242 Versicherten im Jahr 2017 auf 259 Versicherte im Jahr 2018. Damit fällt die absolute Zahl der Versicherten über den Betrachtungszeitraum 2016 bis 2018 deutlich geringer aus als in den Jahren 2013 bis 2015, was allerdings primär auf die unterschiedlichen Grundgesamtheiten zurückzuführen ist. Erkennbar ist im zweiten Forschungszyklus aber dennoch der kontinuierlich zunehmende Anteil von Versicherten, die an integrierter Versorgung teilnehmen. Dies geht einher mit der im Zeitverlauf zunehmenden Anzahl von Optionshäusern.

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



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

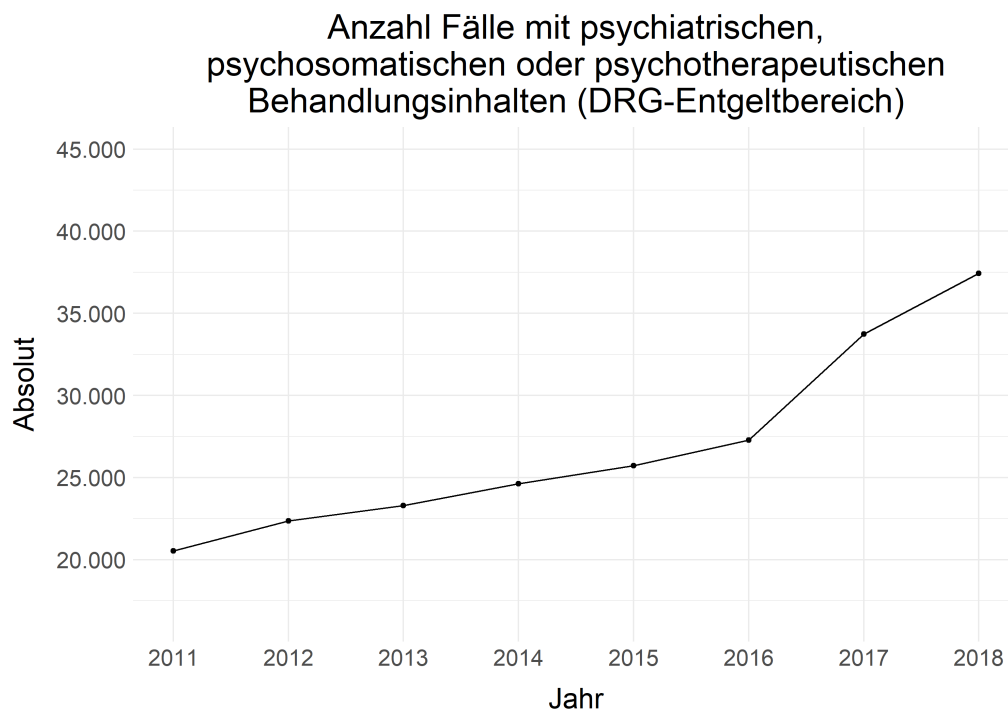
Abbildung 5.3.: Anzahl Modellprojekte

Im Zeitraum von 2013 bis 2018 wurden in neun Bundesländern Modellvorhaben durchgeführt. Lediglich in Sachsen, Thüringen, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg fand dabei auch der Bereich „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ Berücksichtigung. Abbildung 5.3 zeigt die Entwicklung der nach § 64b Abs. 3 SGB V gemeldeten Anzahl an laufenden Modellprojekten von 2013 bis 2018. Da die entsprechende Gesetzesgrundlage erst im Jahr 2012 in Kraft trat, standen keine Daten für den Zeitraum vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems (2011 und 2012) zur Verfügung. Die Anzahl der Modellprojekte

stieg von sieben im Jahr 2013 auf 21 im Jahr 2018 an. Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter <https://bfpsyqb.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 5.4.: Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich)

Abbildung 5.4 zeigt die Anzahl der Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten, für die bestimmte DRG-Entgelte¹⁸ abgerechnet wurden, im Zeitraum von 2011 bis 2018. Die Zahl dieser Fälle stieg im Beobachtungszeitraum von 20 538 auf 37 429, was einer Zunahme um 16 891 Fälle bzw. 82,2 Prozent entspricht. Diese Entwicklung ist vor allem auf einen besonders deutlichen Anstieg im Jahr 2017 zurückzuführen. Zeitgleich stieg die mittlere Verweildauer über alle betrachteten DRGs um 1,2 Tage (+5,6 Prozent) von 21,3 Tagen im Jahr 2011 auf 22,5 Tage im Jahr 2018. Treiber des Anstieges in den Fallzahlen war im Wesentlichen die multimodale Schmerztherapie mit 14 543 zusätzlichen Fällen (+271 Prozent). Diese wurde bis

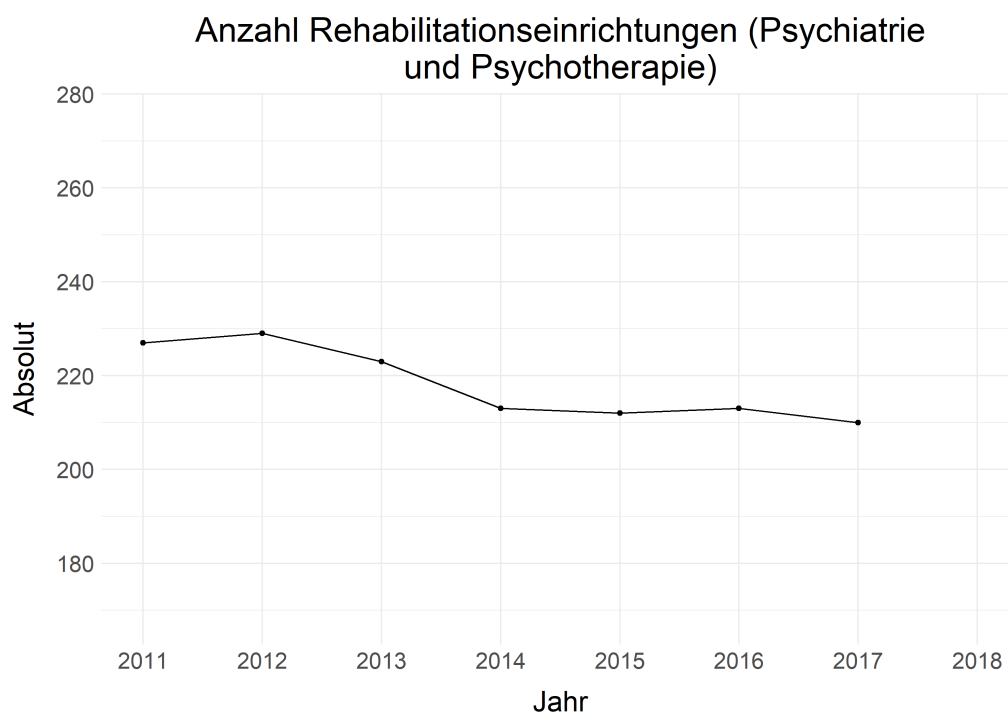
¹⁸Die zu untersuchenden DRGs wurden vom Auftraggeber benannt: B46Z - Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems; U40Z - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen; U41Z - Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen; U42 - Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen; U43Z - Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre; V40Z - Qualifizierter Entzug.

2016 krankenhausindividuell vergütet. Erst seit 2017 ist sie (mit drei Schweregraden) in den Katalog der fest bepreisten Fallpauschalen aufgenommen, was vermutlich zu diesem starken Anstieg beigetragen hat. Einzig für die DRG „Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre“ war ein substanzieller Fallzahlrückgang zu beobachten (−473 Fälle bzw. −35,9 Prozent).

Auf Bundeslandebene waren erhebliche Unterschiede festzustellen. Die größten relativen Änderungen konnten in Baden-Württemberg (+2 610 Fälle bzw. +169,6 Prozent) und in Sachsen (+639 Fälle bzw. +143,6 Prozent) beobachtet werden. Am beständigsten zeigten sich die Fallzahlen in Schleswig-Holstein (−51 Fälle bzw. −7,1 Prozent) und dem Saarland (+115 Fälle bzw. +15,3 Prozent). Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter <https://bfpsyqb.inek.org/#/?indicator=801&criterion=Gesamt> abgerufen werden.

5.4. Reha, Krankenpflege und Soziotherapie

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

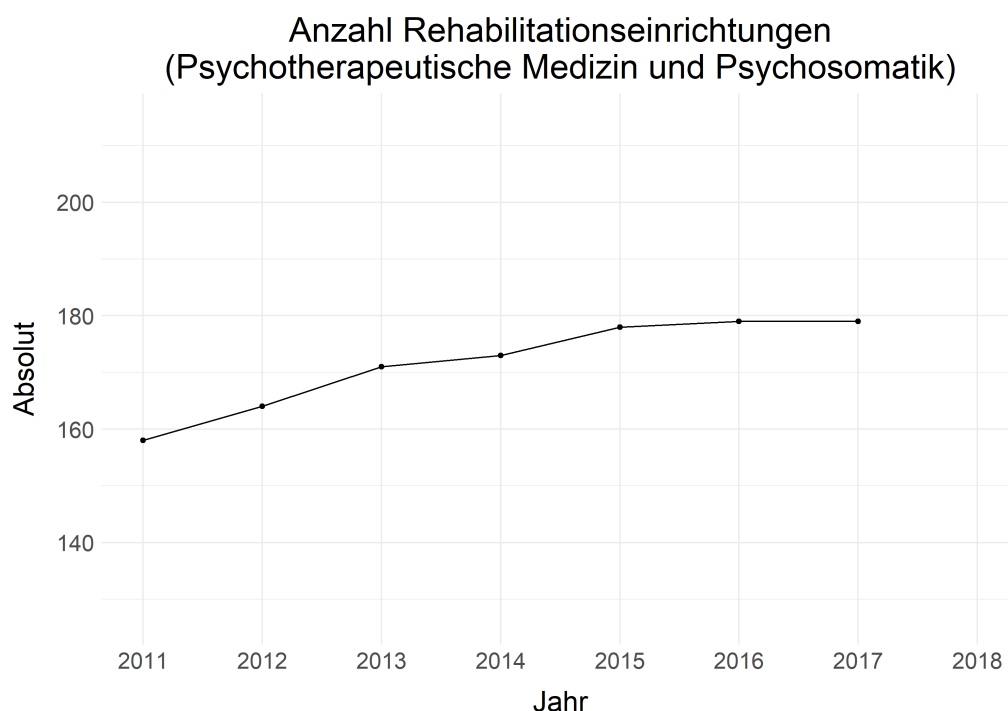


Datenquelle: Destatis, Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Fachserie 12 Reihe 6.1.2.

Abbildung 5.5.: Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie)

Die Anzahl von Rehabilitationseinrichtungen mit einer 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

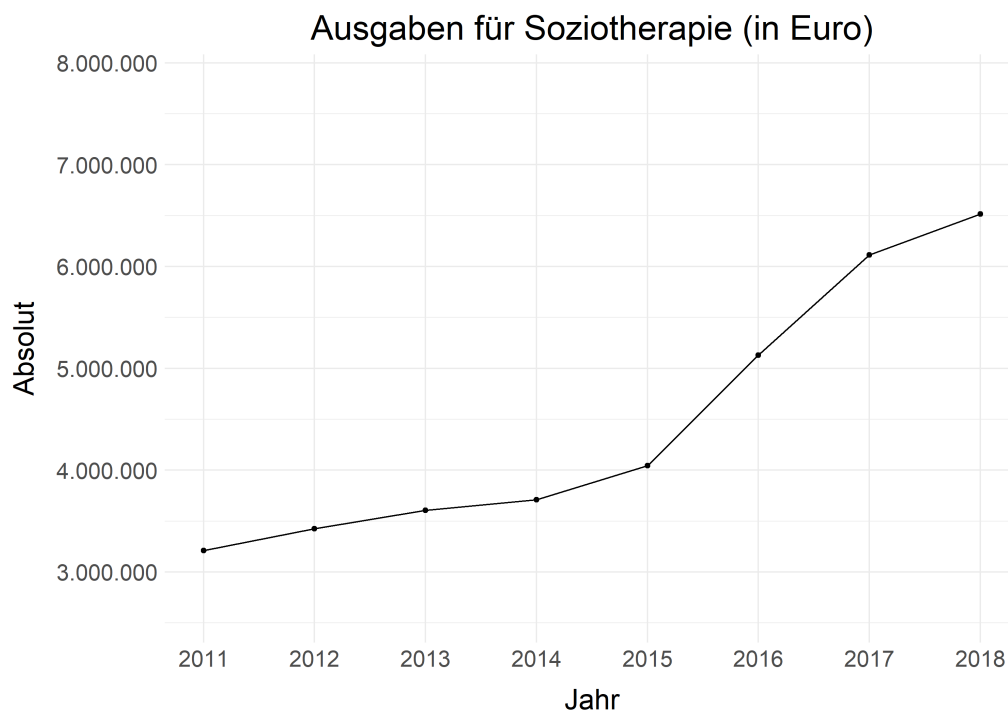
Prozent), sank jedoch im Folgezeitraum auf 210 Einrichtungen im Jahr 2017 (−7,5 Prozent), s. Abbildung 5.5). Ein ähnlicher Verlauf ist bei der Anzahl der Betten, die in diesen Fachabteilungen aufgestellt waren, zu beobachten. Diese nahm vor der PEPP-Optionsphase (von 2011 auf 2012) um 1,7 Prozent zu und seit Beginn der Optionsphase (von 2012 auf 2017) um 6,4 Prozent ab. Insgesamt nahm somit die Anzahl der Betten, die in diesen Fachabteilungen aufgestellt waren, zwischen 2011 und 2017 um 4,8 Prozent ab. Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 erlaubt den interessierten LeserInnen weitere detaillierte beschreibende Analysen zu diesem Indikator unter <https://bfpsyqb.inek.org/#/?indicator=6501&criterion=Gesamt>.



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

Abbildung 5.6.: Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik)

Abbildung 5.6 zeigt die Entwicklung der Anzahl der Rehabilitationseinrichtungen mit einer Fachabteilung „Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik“ von 2011 bis 2017. Die Anzahl der Einrichtungen erhöhte sich über den gesamten Beobachtungszeitraum relativ kontinuierlich von 158 im Jahr 2011 um 21 Einrichtungen auf 179 im Jahr 2017 (+13,3 Prozent). Die Anzahl der Betten, die in diesen Fachabteilungen aufgestellt waren, nahm zwischen 2011 und 2017 um 13,9 Prozent zu. Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 erlaubt den interessierten LeserInnen weitere detaillierte beschreibende Analysen zu diesem Indikator unter <https://bfpsyqb.inek.org/#/?indicator=6504&criterion=Gesamt>.



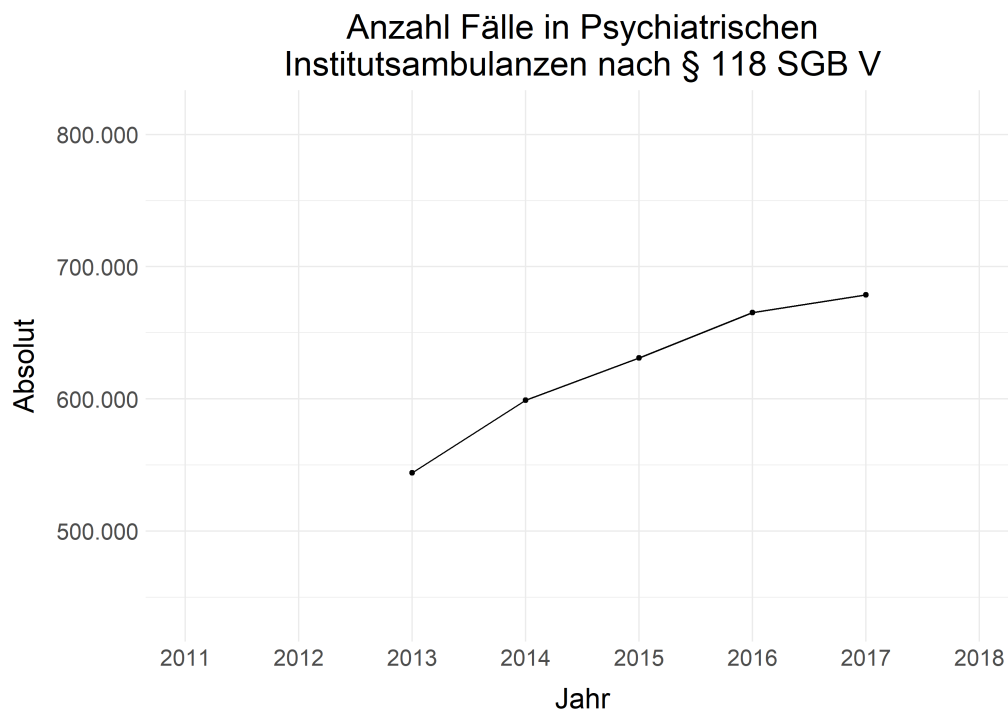
Datenquelle: BMG, Daten der KJ1-Statistik.

Abbildung 5.7.: Ausgaben für Soziotherapie (in Euro)

Die Ausgaben für Soziotherapie erhöhten sich kontinuierlich von 3 210 548 Euro im Jahr 2011 um 832 587 Euro auf 4 043 135 Euro im Jahr 2015. Zwischen 2016 und 2018 ist hingegen ein stärkeres Wachstum (auf letztendlich 6 516 132 Euro) der entsprechenden Ausgaben zu verzeichnen. Insgesamt entspricht dies einer Ausgabensteigerung von 103 Prozent. Abbildung 5.7 stellt den zeitlichen Verlauf dieses Indikators grafisch dar. Ergänzend dazu zeigt Tabelle C.8 die absoluten Einzelwerte der jeweiligen Jahre.

5.5. Komplementäre und ambulante Versorgung

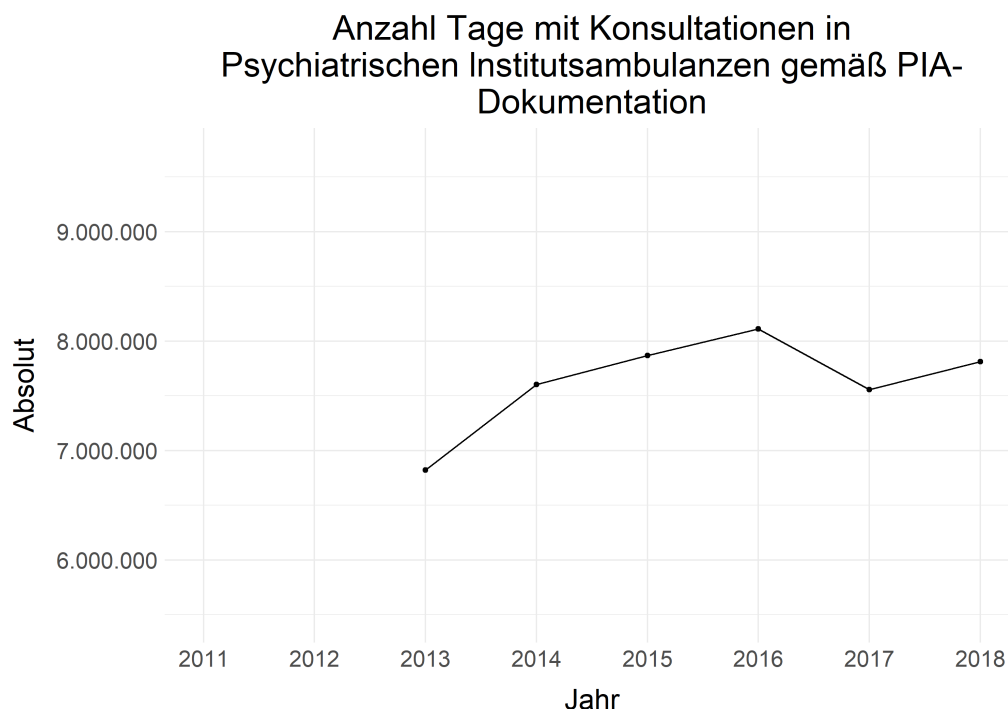
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



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

Abbildung 5.8.: Anzahl Fälle in Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V

Abbildung 5.8 zeigt die zeitliche Entwicklung der Fallzahlen in Psychiatrischen Institutsambulanzen für die Jahre 2013 bis 2017. Die Anzahl der Fälle stieg im verfügbaren Beobachtungszeitraum von 544 064 Fällen im Jahr 2013 auf 678 740 Fälle im Jahr 2017 massiv an (+134 676 Fälle bzw. +24,8 Prozent). Zwischen den Bundesländern bestanden hierbei deutliche Unterschiede in Bezug auf das relative Wachstum der Fallzahl (Spannweite 8,3 bis 31,9 Prozent).



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

Abbildung 5.9.: 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 Leistungsanspruchnahme genauer abgebildet – stieg von 6 822 726 Tagen im Jahre 2013 auf 7 812 315 Tage im Jahre 2018 an.¹⁹ Dieser Anstieg entspricht einer Zunahme von 14,5 Prozent, vgl. Abbildung 5.9. Im Vergleich der Länder ergeben sich zum Teil erhebliche Unterschiede. Während die Anzahl der Kontakte zu einer PIA im Beobachtungszeitraum in Mecklenburg-Vorpommern auf 300 728 Tage (+71,9 Prozent) anstieg, sank die Anzahl der Kontakte in Bayern um 35,5 Prozent auf 781 825 Tage. Zeitgleich stieg die Anzahl an Krankenhäusern mit PIA in Mecklenburg-Vorpommern um 2 auf 13 Häuser (+18,2 Prozent) und sank in Bayern um 3 auf 57 Häuser (–6,0 Prozent).

5.6. Diskussion

Bei Betrachtung der beiden Forschungszyklen lässt die Datenlage keine eindeutigen Trends in Bezug auf Unterschiede bei der Personalausstattung beider Gruppen erkennen. Insgesamt ist ein leichter Anstieg der Anzahl beschäftigter ÄrztInnen in beiden Forschungszyklen über die Zeit zu sehen, wobei dieser nicht ursächlich auf die Einführung des PEPP-Entgeltsystems zurückzuführen ist, da in der Auswertung getrennt nach beiden Gruppen keine eindeutigen Muster erkennbar sind.

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

Bei der Anzahl von beschäftigten Diplom-PsychologInnen ist in beiden Forschungszyklen ein leichter, aber stetiger Anstieg der Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten zu beobachten. Da die leicht steigende Tendenz in beiden Gruppen gleichermaßen zu beobachten ist, kann diese Entwicklung als unabhängig von der Einführung des PEPP-Entgeltsystems gesehen werden. Im ersten Forschungszyklus wurde zudem eine Substitution von Diplom-PsychologInnen durch psychologische PsychotherapeutInnen bei den Optionshäusern erkennbar.

Bezüglich des Investitionsverhaltens ist kein eindeutiger Unterschied erkennbar. Die Analyse wird erschwert durch den unsteten Verlauf dieser Kennzahl und aufgrund der geringen Zahl von Rückmeldungen aus der Gruppe der Nicht-Optionshäuser, sodass sich hieraus keine verlässlichen Unterschiede beider Gruppen ableiten lassen.

Bei der IT-Ausstattung der Krankenhäuser lässt sich generell eine Zunahme über die Zeit beobachten, die aber generell dem Trend zur Digitalisierung geschuldet sein dürfte. Signifikante Unterschiede zwischen optierten und nicht optierten Einrichtungen wurden nicht beobachtet. Auch beim Softwareeinsatz ist in beiden Teilgruppen eine Zunahme im Einsatz zu beobachten. Deutliche Unterschiede bei den Gruppen zugunsten der Optionshäuser sind in Bezug auf PEPP-Grouper und Kodiersoftware zu sehen, wobei bei letzterer der Abstand zwischen Options- und Nicht-Optionshäusern abgenommen hat.

Betrachtet man die Anzahl von Versicherten mit Verträgen zur integrierten Versorgung über die Zeit, so ist in beiden Forschungszyklen eine stetige Zunahme zu beobachten. Diese Entwicklung kann mit der stetigen Zunahme von abgerechneten PEPP-Fällen über denselben Zeitraum in Zusammenhang gebracht werden.

Die Ergebnisse der für den vorliegenden Forschungsauftrag durchgeführten Sekundärdatenanalysen deuten auf eine strukturelle Kontinuität in den stationären Versorgungsstrukturen im Zeitraum der PEPP-Begleitforschung 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 Personalausstattungsstrukturen²⁰ 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. Lediglich in zwei von zwölf nach der Bettengrößenklasse differenzierten Subgruppen ist über den gesamten Beobachtungszeitraum eine Steigerung des Anteils an Krankenhäusern mit mindestens einer PIA zu beobachten. Ein Zusammenhang zwischen der Einführung von PEPP und der zeitlichen Entwicklung sowohl der Anzahl der Psych-KH mit mindestens einer PIA als auch des Anteils von Psych-KH mit mindestens einer PIA an allen Psych-KH lässt sich auf Basis der vorliegenden Daten nicht ableiten.

²⁰Für 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.

Die Anzahl der Modellprojekte ist insbesondere im Zeitraum von 2013 bis 2016 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, lassen die Daten eine Interpretation im Kontext der PEPP-Einführung nicht zu (die zur Versorgung der PatientInnen implementierten Elemente stammen vorwiegend aus den Bereichen des Fallmanagements, der teambasierten Behandlungskonzepte und sektorübergreifenden Budgetverantwortung). Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Endberichts lag noch keine abgeschlossene Evaluation der Modellvorhaben vor, erste Erkenntnisse aus den Modellprojekten bestätigen allerdings sektorenübergreifende Verlagerungseffekte. Interessierte LeserInnen können den aktuellen Stand einer bundesweiten wissenschaftlichen Evaluation der Modellvorhaben unter folgendem [Link](#) abrufen. Das Studienprotokoll hierzu ist bei Neumann et al. [47] umfassend dokumentiert.

Der starke Anstieg der Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten im DRG-Entgeltbereich, der über den generellen Anstieg stationärer Fälle im DRG-Entgeltbereich (+6,0 Prozent zwischen 2011 und 2017, [8]) hinausgeht, hat vermutlich sowohl medizinische als auch ökonomische Gründe. Aus klinischer Perspektive lässt sich die Steigerung mit dem Ausbau des Angebotes, z. B. geriatrisch psychiatrischer (Komplex-)Behandlungen und zusätzlicher Behandlungsalternativen, und der wachsenden Sensibilisierung der im DRG-Entgeltbereich primär somatisch praktizierenden ÄrztInnen für psychische Erkrankungen erklären. Eine Veränderung stationärer Fälle im DRG-Entgeltbereich könnte beispielsweise auch durch mögliche Veränderungen bei kurzfristigen Entgiftungen in Folge von Veränderungen bei akuten Intoxikationen in somatischen Kliniken bzw. Fachabteilungen erklärbar sein.

Verschiebungen zwischen dem somatischen und psychiatrischen Versorgungsbereich können sich - aus ökonomischen Gründen - durch eine geänderte Kodierung (vgl. Kapitel 8) bzw. Abrechnung ergeben, ohne dass dies medizinische bzw. klinische Gründe und damit Auswirkung auf die Behandlung an sich haben muss. Eine Substitution von somatischen durch psychiatrische Behandlungsinhalte kann jedoch nicht ausgeschlossen werden. Aus klinischer Perspektive ist beispielsweise eine Substitution von Rückenoperationen durch Schmerztherapien plausibel. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass diese Substitution im Wesentlichen innerhalb des DRG-Entgeltbereiches stattgefunden hat. Ohne das ökonomische Anreizgefüge für einzelne Krankenhäuser zu kennen, ist jedoch keine abschließende Aussage möglich.

Unabhängig davon sollte der Anstieg vor dem Hintergrund des niedrigen absoluten Ausgangsniveaus dieser Fallzahlen betrachtet werden. Im Jahr 2011 wurden je nach DRG nur wenige tausend Fälle beobachtet (1 126 Fälle „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen“, 1 319 Fälle „Psychosomatische Therapien, Alter < 18 Jahre“). Eine zusätzliche Rolle spielt die demografische Entwicklung, die mit hoher Wahrscheinlichkeit die Nachfrage nach multimodaler Schmerztherapie

im Beobachtungszeitraum mitbeeinflusst hat. Die ergänzend durchgeführten inferenzstatistischen Analysen des Indikators konnten aufgrund von Verletzungen der für die Anwendung der Methode notwendigen statistischen Annahmen nicht sinnvoll zur Erklärung von Veränderungen verwendet werden. Dementsprechend wird auf den Bericht dieser Ergebnisse hier verzichtet.

Die Entwicklung 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 2017 deutlich angestiegen, während die Zahl psychiatrischer/psychotherapeutischer Fälle im gleichen Zeitraum zurückgegangen ist. Auch wenn Rehabilitationseinrichtungen von der Einführung des PEPP-Entgeltbereichs 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, 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“ (91,7 Prozent im Jahr 2017), in der „Psychiatrie und Psychotherapie“ (94,4 Prozent im Jahr 2017) und in der „Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik“ (90,3 Prozent im Jahr 2017) in Kombination mit einem steigenden Behandlungsvolumen eine Ausweitung der Behandlung fördern. Eine abschließende Aussage hierzu ist im Rahmen dieses Berichts leider nicht möglich, da die zugrunde liegenden Daten nur in stark aggregierter Form zur Verfügung stehen. Trotz der deutlichen Steigerung der Ausgaben für Soziotherapie ist das finanzielle Gesamtvolumen aber dennoch vergleichsweise gering.

Auch die empirische Analyse der komplementären und ambulanten Versorgung unterstützt die Beobachtung eines generell steigenden Behandlungsvolumens im psychiatrischen Versorgungsbereich. Sowohl die Anzahl an PIA-Kontakten als auch die Fallzahlen in den PIAs sind im Beobachtungszeitraum deutlich angestiegen. Dies ist besonders deshalb bemerkenswert, weil die Anzahl entsprechender Trägereinrichtungen, nämlich Krankenhäuser mit mindestens einer PIA, im gleichen Zeitabschnitt nur leicht gewachsen ist. Auch können weder die Entwicklung der Fallzahl in der stationären Psychiatrie noch die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer bei diesen Fällen ein derartiges Wachstum erklären. Aus klinischer Perspektive könnte die erhebliche Unterversorgung im niedergelassenen Bereich, sowohl bei Psychiatern als auch bei Psychotherapeuten, durch eine quantitative Ausweitung der PIA-Leistungen kompensiert worden sein. 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 PatientInnengruppe sehr spezifisch (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 Verschiebung von Fällen aus dem kostenintensiven stationären in den poststationären (ambulanten oder rehabilitativen) Versorgungsbereich, im Zusammenhang mit der Umstellung des Vergütungssystems beobachtet werden, lassen die beschriebenen Ergebnisse auf Basis der vorliegenden Daten keinen solchen 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 im Jahr 2018 veröffentlichten Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) übereinstimmen [70]. Einige der gefundenen Effekte sind wiederum rein technischer oder administrativer Natur, wie z. B. bei der unumgänglichen IT-Nachrüstung im Zusammenhang mit der Umstellung des Vergütungssystems (PEPP-Grouper, Kodiersoftware etc.).

Auf Basis der vorliegenden empirischen Analysen und in der Gesamtschau zum Ende des zweiten Forschungszyklus ist kein durch die Einführung des PEPP-Entgeltsystems ausgelöster Effekt auf die Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung erkennbar. Es ist allerdings anzumerken, dass insbesondere systemische Strukturen oft nur verzögert und/oder langfristig auf regulatorische Interventionen reagieren. Dies ist umso mehr der Fall, wenn – wie bei der zugrunde liegenden Einführung des PEPP-Entgeltsystems – eine sukzessive im Gegensatz zu einer „harten“ Umstellung vorgenommen wird.

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 [57].

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 - sobald dies budgetwirksam wird - finanzielle Anreize, die Inanspruchnahme von stationären Krankenhausleistungen zu verändern. Eine Veränderung der Fallzahl könnte damit durch ein verändertes Angebot von Krankenhausleistungen verursacht werden. Erhöht sich z. B. der aus Krankenhaussicht individuelle Deckungsbeitrag von bestimmten Krankenhausleistungen, könnte die Erbringung dieser Leistungen ansteigen. Drittens kann eine Veränderung der tatsächlich beobachteten Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen auf eine veränderte Nachfrage von 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 in einer Fallzusammenführung resultieren können. Zusätzlich entsteht bei interner Verlegung aus dem Bereich des KHEntgG in den Bereich der BPfV (und umgekehrt) jeweils ein neuer Fall. Vor dem Hintergrund

²¹Zusätzlich 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 – mehr kürzer behandelte PatientInnen 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 verweisen wir auf Kapitel 8. Eigene 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 und zweiten Forschungszyklus (2013 bis 2018) für die Abbildung der Fälle bestätigt. So wäre eine Kategorisierung von Fällen in die PEPP des Jahres der Aufnahme der PatientInnen nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems theoretisch möglich. Jedoch wäre die Kategorisierung von Fällen in eine äquivalente, fiktive PEPP vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems aufgrund der damit verbundenen Abhängigkeit von Annahmen nicht ratsam.

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 Personen, die im Rahmen eines vollstationären Krankenhausaufenthalts behandelt wurden, sodass 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 (14 ab dem Jahr 2018) 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

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

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

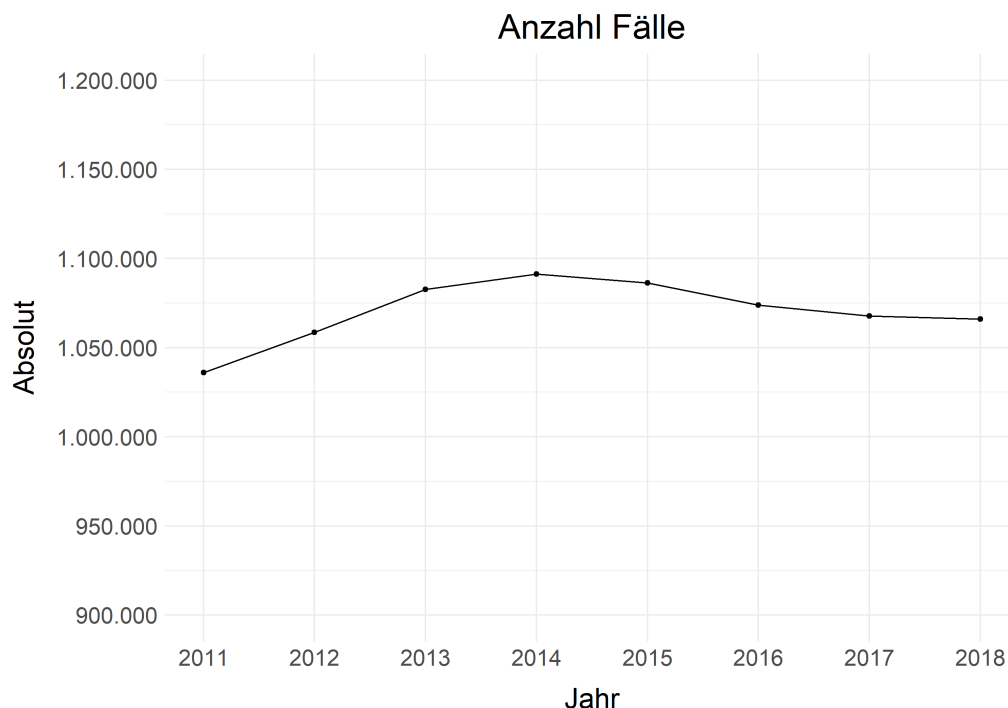
Veränderung in der Entwicklung der Anzahl der Fälle (oder des Anteils an Betten mit Belegung an allen aufgestellten Betten) nicht notwendigerweise auf die Einführung des PEPP-Entgeltsystems zurückzuführen ist. Der ausgewählte Indikator „Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent)“ zeigt auf, 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) sowie Daten des Statistischen Bundesamtes (Grunddaten der Krankenhäuser).

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 im Jahr 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 Beobachtungen sowohl aus Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2017 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 2017 bzw. 2018 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 2017; 3) Beschreibung des speziellen Effekts für Krankenhäuser mit PEPP-Abrechnung nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in den Jahren 2013 bis 2017.

6.1. Entwicklung der Fallzahlen

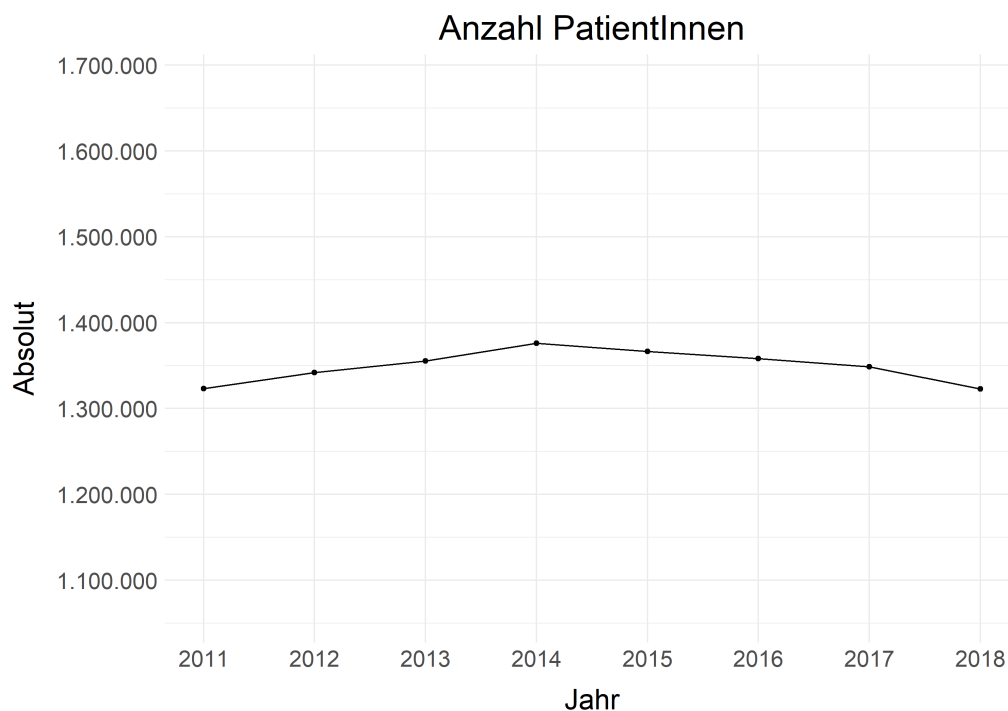
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



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

Abbildung 6.1.: Anzahl Fälle

Abbildung 6.1 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen in der teil- und vollstationären Versorgung im Psych-Entgeltbereich von 2011 bis 2018. Diese betrugen im Jahr 2011 1 036 012 (138 056 teil- bzw. 897 956 vollstationär) und im Jahr 2017 1 067 784 (173 038 teil- bzw. 894 746 vollstationär). Die insgesamt 31 772 zusätzlichen Fälle im Jahr 2017 im Vergleich zum Jahr 2011 bedeuten einen Anstieg von 3,1 Prozent (25,3 Prozent Wachstum bei den teilstationären Fällen bzw. –0,4 Prozent Wachstum bei den vollstationären Fällen). Während die teilstationären Fälle im gesamten Beobachtungszeitraum kontinuierlich angestiegen sind, ist bei den vollstationären Fällen im Zeitraum von 2011 bis 2014 zunächst ein Anstieg und in den darauffolgenden Jahren ein Rückgang zu beobachten. Der Rückgang der Fallzahlen im Zeitraum von 2014 bis 2017 ist somit auf den Rückgang der vollstationären Fälle in diesem Zeitraum zurückzuführen. Im Jahr 2018 reduzierte sich die Anzahl der Fälle insgesamt weiter auf 1 065 995 (174 456 teil- bzw. 891 539 vollstationär). 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 39,5 Prozent auf 70 418 Fälle im Jahr 2017 zu. Im Jahr 2018 kann in der Altersklasse der 15- bis 20-Jährigen ein leichter Rückgang der Fallzahlen auf 70 325 beobachtet werden. Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter <https://bfpsyqb.inek.org/#/?indicator=1401&critierion=Gesamt> abgerufen werden.



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

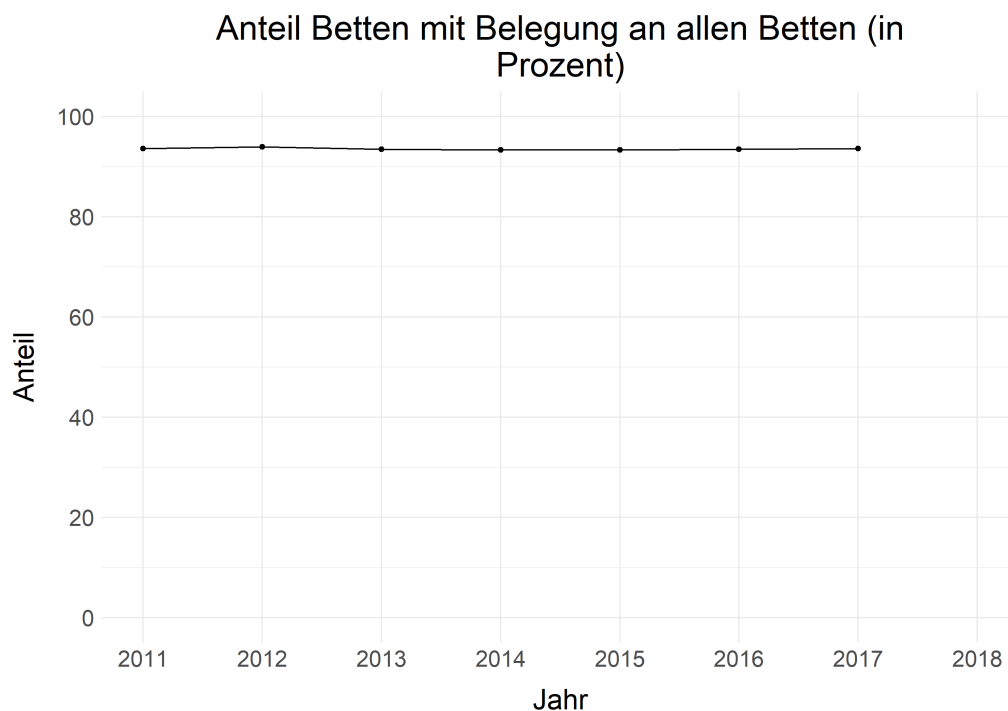
Abbildung 6.2.: Anzahl PatientInnen

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 2018.

Zu beachten ist, dass die Datengrundlage des Indikators „Anzahl PatientInnen“ (Abbildung 6.2) auf Basis von Diagnosen (auch aus somatischen Einrichtungen), die Datengrundlage des Indikators „Anzahl Fälle“ (Abbildung 6.1) hingegen auf Basis des Entgeltbereichs im Rahmen der bereitgestellten Daten selektiert wurde. Eine Beziehung zwischen diesen beiden Indikatoren kann daher nicht hergestellt werden.

Im Jahr 2011 betrug die Anzahl der PatientInnen 1 323 323 und im Jahr 2017 1 348 562. Im Zeitraum von 2011 bis 2017 ist die Anzahl der PatientInnen damit um 1,9 Prozent gestiegen. Während im Zeitraum von 2011 bis 2014 die Anzahl der PatientInnen zunächst um 52 666 PatientInnen auf 1 375 989 im Jahr 2014 anstieg (+4,0 Prozent), reduzierte sich die Anzahl der PatientInnen im Zeitraum von 2014 bis 2017 um 27 427 PatientInnen auf 1 348 562 im Jahr 2017 (–2,0 Prozent). Im Jahr 2018 reduzierte sich die Anzahl der PatientInnen zudem weiter um 25 579 PatientInnen auf 1 322 983.²³

²³ Aufgrund der unterschiedlichen zugrunde liegenden Grundgesamtheiten bei den Indikatoren „Anzahl Fälle“ und „Anzahl PatientInnen“ im Rahmen der deskriptiven Analyse kann die Anzahl der Fälle im vorliegenden 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.



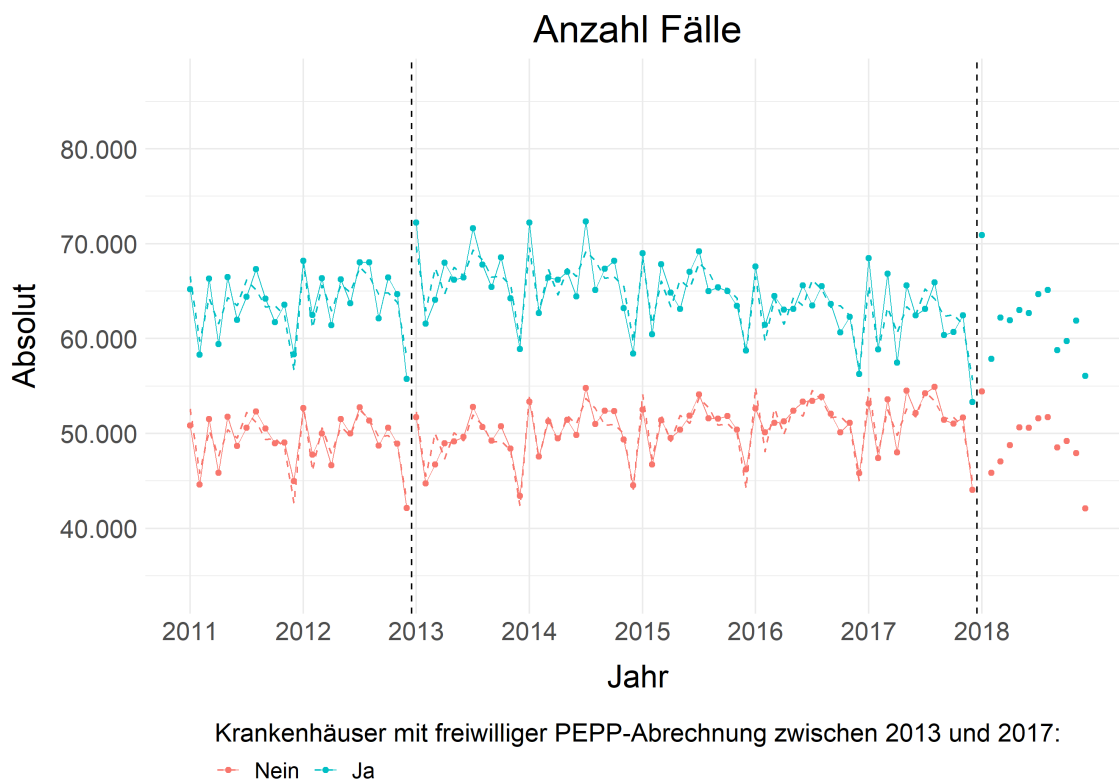
Datenquelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

Abbildung 6.3.: Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent)

Abbildung 6.3 stellt die Entwicklung der Bettenauslastung von 2011 bis 2017 dar. Die Bettenauslastung lässt 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 berechnen. Die Bettenauslastung betrug im Jahr 2011 93,6 Prozent. Während die Bettenauslastung bis zum Jahr 2014 um 0,3 Prozentpunkte auf 93,3 Prozent sank, stieg diese anschließend bis zum Jahr 2017 wieder um 0,3 Prozentpunkte auf 93,6 Prozent an. Für das Jahr 2018 sind noch keine Daten verfügbar.

Im Vergleich dazu stieg 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://bfpsyqb.inek.org/#/?indicator=1501&criterion=Gesamt> abgerufen werden.

Inferenzstatistische Analyse der Sekundärdaten



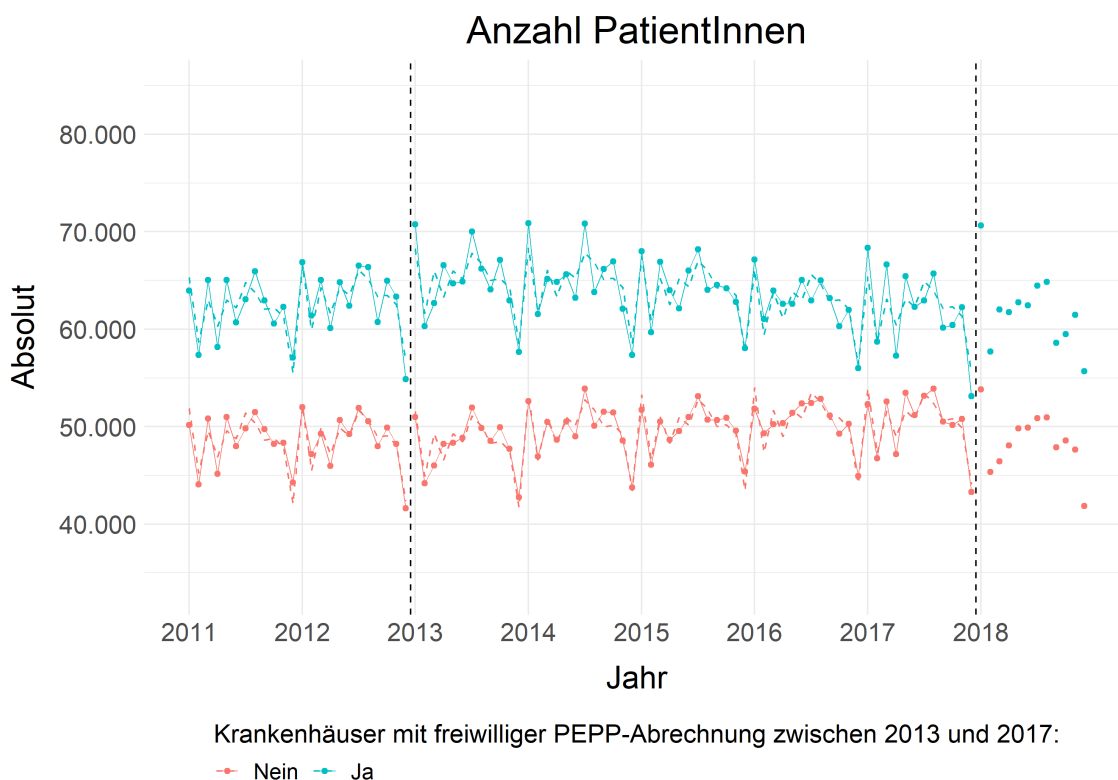
Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2017 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abgerechnet haben (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe. Die grünen und orangen Beobachtungen im Jahr 2018 sind in dem statistischen Modell nicht berücksichtigt (vgl. Kapitel 3.3.4).

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

Abbildung 6.4.: Anzahl Fälle

Abbildung 6.4 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen von 2011 bis 2017 bzw. 2018. Die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, weist im Vergleich zur Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abgerechnet haben, über den gesamten Zeitraum betrachtet pro Monat durchschnittlich 14 500 Fälle mehr auf. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0,001$) und zeigt, dass bis zum Ende des Beobachtungszeitraums dieses Berichts ein wesentlicher Anteil der Fälle nicht mit TGPS vergütet wurde. Die Anzahl der Fälle ist für beide Gruppen von Krankenhäusern im Zeitraum nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2013 bis 2017 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 berücksichtigt werden.

Über die grafische Analyse hinaus verdeutlichen die Regressionsergebnisse in Tabelle D.5 im Anhang, dass sich die monatliche Fallzahl zwischen beiden Gruppen von Krankenhäusern aus statistischer Sicht nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems nicht unterschiedlich verändert hat ($p > 0,1$).



Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2017 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abgerechnet haben (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe. Die grünen und orangenen Beobachtungen im Jahr 2018 sind in dem statistischen Modell nicht berücksichtigt (vgl. Kapitel 3.3.4).

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

Abbildung 6.5.: Anzahl PatientInnen

Abbildung 6.5 beschreibt die Entwicklung der PatientInnenzahl von 2011 bis 2017 bzw. 2018. Die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, weist im Vergleich zur Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abgerechnet haben, über den gesamten Zeitraum betrachtet pro Monat durchschnittlich 13919 PatientInnen mehr 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 2017 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.6 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 hat ($p > 0,1$).

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 2017 um insgesamt 3,1 Prozent gestiegen ist. Gemäß dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wird sich dieser Anstieg auch in den nächsten Jahren fortsetzen [70].

Unter Berücksichtigung der langjährigen Verfügbarkeit der Daten des Statistischen Bundesamtes ist eine Differenzierung der Fallzahlen 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 Psychiatrie und Psychotherapie von 2011 bis 2015 um insgesamt 19 679 Fälle und sank anschließend um 21 561 Fälle auf 813 738 Fälle im Jahr 2017. Im Zeitraum von 2011 bis 2017 ist somit ein Rückgang der Fallzahl in der Psychiatrie und Psychotherapie zu beobachten ($-0,2$ Prozent bzw. $-1 882$ Fälle). Die Anzahl der Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Anzahl der Fälle in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik ist dagegen kontinuierlich im Zeitraum von 2011 bis 2017 angestiegen. Insgesamt ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von 2011 auf 2017 ein Anstieg um 12 425 Fälle auf 61 400 Fälle ($+25,4$ Prozent) und in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik ein Anstieg um 18 192 Fälle auf 87 634 Fälle ($+26,2$ Prozent) zu beobachten. Diese Entwicklung folgt teilweise einem bereits seit 2008 zu beobachtenden Trend. Die Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stiegen von 2008 bis 2011 um durchschnittlich 5,1 Prozent pro Jahr und im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik um durchschnittlich 10,5 Prozent an.

Zur Interpretation der Fallzahlentwicklung ist die gleichzeitige Betrachtung der Veränderung 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 2013 die Anzahl der PatientInnen in dem Versorgungsbereich Psychiatrie und Psychotherapie zunächst um 12 704 PatientInnen an ($+1,6$ Prozent) und sank anschließend um 37 573 PatientInnen auf 745 078 PatientInnen im Jahr 2017. Im Zeitraum von 2011 bis 2017 ist somit analog zur Fallzahl auch ein Rückgang der Anzahl der PatientInnen in der Psychiatrie und Psychotherapie zu beobachten ($-3,2$ Prozent). In den Versorgungsbereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik stieg die Anzahl

der PatientInnen im Zeitraum von 2011 bis 2017 dagegen kontinuierlich an. Insgesamt ist in dem Versorgungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie von 2011 auf 2017 ein Anstieg um 11 031 PatientInnen auf 57 072 PatientInnen (+24,0 Prozent) und in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik ein Anstieg um 22 713 PatientInnen auf 73 425 PatientInnen (+44,8 Prozent) zu beobachten. Im Vergleich zu den prozentualen Veränderungen der Fallzahlen sind die prozentualen Veränderungen der Anzahl der PatientInnen in allen drei Versorgungsbereichen bzgl. der Richtung gleich. Auch die Größe der prozentualen Veränderungen ist in allen drei Versorgungsbereichen vergleichbar, wenn auch der Rückgang im Versorgungsbereich Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Zuwachs im Versorgungsbereich Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik stärker sind.

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 abgerechnet haben, gibt. Die Entwicklung der Anzahl der PatientInnen verläuft ähnlich der Entwicklung der Fallzahlen, sodass 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-Entgeltsystem eingeführt haben, zu erkennen.

Aufgrund der Degression der Vergütung mit steigender Verweildauer könnte es sein, dass die Anreize der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems für die Kurzlieger stärker sind als für die Langlieger. Eine entsprechende Stratifizierung der inferenzstatistischen Analysen zeigt jedoch, dass keine wesentlichen 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. Auch hier zeigen sich jedoch bei weiterführenden Analysen für beide Indikatoren keine wesentlichen Unterschiede.

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 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 2017 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 modifizierten Fallanzahl bzw. PatientInnenanzahl geführt zu haben.

Im Rahmen der strukturierten Literaturrecherche ist die Studie von Steele et al. [63], 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 beobachtet, noch am ehesten mit der Reformsituation in Deutschland vergleichbar. Die in der vorliegenden begleitenden Forschung im Unterschied dazu 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 eigentlich verpflichtenden Einführung des PEPP-Entgeltsystems (1.1.2018) mit ein, allerdings sind für die Krankenhäuser auch zu diesem Zeitpunkt nur minimale Konsequenzen für die Budgets zu erwarten.

Es sei zudem erwähnt, dass Wechselwirkungen mit Veränderungen des Behandlungsspektrums (s. Kapitel 7) möglich sind. Es könnte z.B. sein, dass die freiwillige Einführung des PEPP-Entgeltsystems anstelle von Anreizen zur Veränderung der Fallzahl Anreize 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 [15]. Weitere Studien zeigen, dass Veränderungen in der Vergütung von Leistungen auch das Behandlungsspektrum, die Therapieformen 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 [40]. 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) Ursachen 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 diese Indikatoren 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 zu beobachten (s. Kapitel 10.1). 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. Da seit dem Abrechnungsjahr 2015 bei der Berechnung der Verweildauer der Entlasstag mitgezählt wird ([30][31]), wurden die betreffenden Statistiken entsprechend vergleichbar gemacht.

Die Untersuchung der Entwicklung des Behandlungsspektrums und der Therapieformen sowie der Krankenhausprozesse basiert auf – primär für diesen Zweck erhobenen – Daten einer Krankenhausbefragung, auf aggregierten und fallbezogenen Leistungsdaten der Krankenhäuser (Datengrundlage gem. § 21 KHEntgG) sowie Daten des Statistischen Bundesamtes. Im Fokus stehen hierbei die Datenjahre 2011 bis 2018, 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 im Jahr 2013 vor allem auf die Gruppe von Krankenhäusern konzentrieren, 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 2017 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 2018 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 2017; 3) Beschreibung des speziellen Effekts für Krankenhäuser mit PEPP-Abrechnung nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in den Jahren 2013 bis 2017.

7.1. Behandlungsspektrum und Therapieformen

Deskriptive Analyse der Primärdaten

Das Leistungsspektrum wird durch den Krankenhausfragebogen Teil B (s. Anhang 5.10) erfasst, der innerhalb der Einrichtungen von den MitarbeiterInnen mit PatientInnenkontakt beantwortet wurde. Von Teil B liegen insgesamt 93 ausgefüllte Fragebögen des ersten und 97 ausgefüllte Fragebögen des zweiten Forschungszyklus für die nachfolgenden Auswertungen vor.

Tabelle 7.1.: Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten einzeltherapeutischen Verfahren oder Schwerpunkten (in Prozent)

optiert	1. Forschungszyklus			2. Forschungszyklus		
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
zusammen	7,6	15,6	13,5	16,7	14,8	23,6
nein ($n_1 = 42$, $n_2 = 7$)	9,1	14,3	9,5	42,9	28,6	71,4
ja ($n_1 = 43$, $n_2 = 79$)	6,8	16,3	18,6	14,8	13,9	20,0

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

In den Optionshäusern steigt die Anzahl neu eingeführter einzeltherapeutischer Verfahren bzw. Schwerpunkte über die Jahre 2013 bis 2015 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 bei 16,3 Prozent und steigt bis 2015 auf 18,6 Prozent an (s. Tabelle 7.1). Auch über die Jahre 2016 bis 2018 steigt der Anteil der Optionshäuser, die mindestens ein einzeltherapeutisches Verfahren neu eingeführt haben, bis zum Ende des Forschungszyklus an. Bei den Optionshäusern liegt der Wert im Jahr 2016 bei 14,8 Prozent, fällt zunächst im Jahr 2017 auf 13,9 Prozent und steigt anschließend im Jahr 2018 auf 20,0 Prozent.

Im ersten Forschungszyklus findet für die Nicht-Optionshäuser eine gegenläufige Entwicklung statt. Hier liegt der Anteil der Einrichtungen im Jahr 2013 mit 9,1 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 9,1 Prozentpunkte unter dem der Optionshäuser. Im zweiten Forschungszyklus zeigt sich für die Nicht-Optionshäuser eine ähnliche Entwicklung, allerdings auf einem höheren Niveau als im ersten Forschungszyklus.

Während im ersten Forschungszyklus der Anteil der Einrichtungen mit neuen Verfahren bei den Optionshäusern größer war, kehrt sich der Trend im zweiten Forschungszyklus um. Die Stichprobe der nicht optierten Einrichtungen ist jedoch mit fünf bzw. zwei Einrichtungen sehr gering. Daher kann kein Zusammenhang mit dem Entgeltsystem abgeleitet werden.

Tabelle 7.2.: Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen einzeltherapeutischen Verfahren oder in neuen Schwerpunkten behandelt wurden

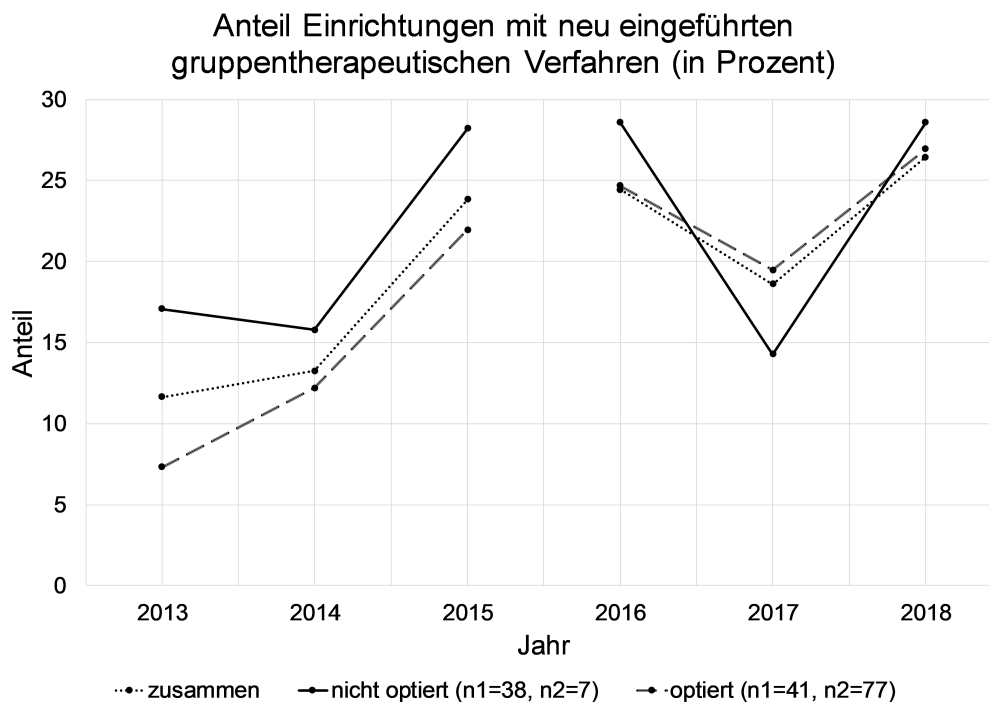
	1. Forschungszyklus			2. Forschungszyklus		
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
optiert						
zusammen	46,8	114,2	156,3	63,2	87,6	86,8
nein ($n_1 = 5$, $n_2 = 3$)	52,4	181,6	182,4	24,0	216,3	156,4
ja ($n_1 = 5$, $n_2 = 10$)	28,4	72,1	133,4	74,9	72,1	62,0

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Im ersten Forschungszyklus steigt bei den Optionshäusern die Anzahl der mit neu eingeführten, einzeltherapeutischen Verfahren bzw. neu eingeführten Schwerpunkten behandelten Fälle über die Jahre 2013 bis 2015 kontinuierlich von durchschnittlich 28,4 Fällen im Jahr 2013 über 72,1 Fälle im Jahr 2014 auf 133 Fälle im Jahr 2015 an (s. Tabelle 7.2). Im zweiten Forschungszyklus hingegen fällt die mittlere Anzahl der Fälle, die mit neuen einzeltherapeutischen Verfahren bzw. in neuen Schwerpunkten in den Optionshäusern behandelt wurden. Im Jahr 2016 liegt die Anzahl bei 74,9 Fällen, fällt dann im Jahr 2017 zunächst auf 72,1 und im Jahr 2018 sogar auf 62,0 Fälle.

Bei den Nicht-Optionshäusern steigt die Anzahl der Fälle im ersten Forschungszyklus von zunächst 52,4 im Jahr 2013 auf 182 im Jahr 2014 stark an, um dann im Jahr 2015 auf diesem Niveau zu stagnieren. Insgesamt geben 33 der 93 Einrichtungen an, in den Jahren 2013 bis 2015 neue einzeltherapeutische Verfahren oder Schwerpunkte eingeführt zu haben. Lediglich eine Einrichtung berichtet, dass dafür andere Verfahren oder Schwerpunkte eingestellt oder reduziert wurden. Die Entwicklung im zweiten Forschungszyklus ist für die Nicht-Optionshäuser ähnlich wie im ersten Forschungszyklus, allerdings verläuft sie entgegengesetzt zur Entwicklung der Optionshäuser. Die Anzahl der mit neu eingeführten, einzeltherapeutischen Verfahren bzw. eingeführten Schwerpunkten behandelten Fälle liegt in den Nicht-Optionshäusern im Jahr 2016 bei durchschnittlich 24,0 Fällen und ist somit noch deutlich niedriger als die mittlere Anzahl der Fälle in den Nicht-Optionshäusern (74,9). Demgegenüber steigt in den Nicht-Optionshäusern über die Jahre 2016 bis 2018 die mittlere Anzahl der Fälle auf 126,3 im Jahr 2017 auf 156,4 im Jahr 2018 an, sodass zum Ende des zweiten Forschungszyklus die Nicht-Optionshäuser die Optionshäuser hinsichtlich der mittleren Anzahl der Fälle deutlich übersteigen. Insgesamt geben 49 von 97 Einrichtungen an, in den Jahren 2016 bis 2018 neue einzeltherapeutische Verfahren oder Schwerpunkte eingeführt zu haben. Drei Einrichtungen berichten, hierfür andere Verfahren oder Schwerpunkte eingestellt oder reduziert zu haben.

Der stetige Anstieg der Anzahl der Fälle, die mit neuen einzeltherapeutischen Maßnahmen behandelt wurden, lässt sich unter anderem durch den Zuwachs der Fälle insgesamt erklären. Der stark abweichende Verlauf zwischen den beiden Teilgruppen ist jedoch vornehmlich auf Veränderungen in einer Einrichtung zurückzuführen.



Anm.: Da sich die Stichprobe der Befragten vom ersten auf den zweiten Forschungszyklus wesentlich verändert hat, sind die Datenpunkte in den Grafiken zwischen dem letzten Beobachtungsjahr des ersten Forschungszyklus und dem ersten Jahr des zweiten Forschungszyklus nicht verknüpft.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 7.1.: Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten gruppentherapeutischen Verfahren (in Prozent)

Im ersten Forschungszyklus steigt für die Gruppe der Optionshäuser auch der Anteil der Einrichtungen, die im Beobachtungszeitraum neue gruppentherapeutische Verfahren einführen, kontinuierlich an (7,3; 12,2; 22,0 Prozent, s. Abbildung 7.1). Diese Angaben liegen allerdings unter dem Niveau der Nicht-Optionshäuser. In den Jahren 2016 bis 2018 bleibt der Anteil der optierten Einrichtungen, die innerhalb dieser Jahre neue gruppentherapeutische Verfahren eingeführt haben, ebenfalls unter dem Niveau der Nicht-Optionshäuser. Der Anteil der Optionshäuser fällt von 24,7 Prozent im Jahr 2016 etwas ab auf 19,5 Prozent im Jahr 2017, um im Jahr 2018 wiederum auf 26,9 Prozent anzusteigen.

Bei den Nicht-Optionshäusern fällt der vergleichsweise hohe Anteil im ersten Forschungszyklus von 2013 auf 2014 leicht ab (17,1; 15,8 Prozent), um zum Jahr 2015 wieder deutlich auf 28,2 Prozent anzusteigen. Im zweiten Forschungszyklus zeigt sich eine ähnliche Entwicklung. Der Anteil in der Gruppe der Nicht-Optionshäuser fällt ebenfalls von einem hohen Niveau (28,6 Prozent) im Jahr 2016 auf 14,3 Prozent im Jahr 2017 und steigt im Jahr 2018 wieder auf 28,6 Prozent an, nahezu denselben Wert wie zum Ende des ersten Forschungszyklus.

Tabelle 7.3.: Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen gruppentherapeutischen Verfahren behandelt wurden

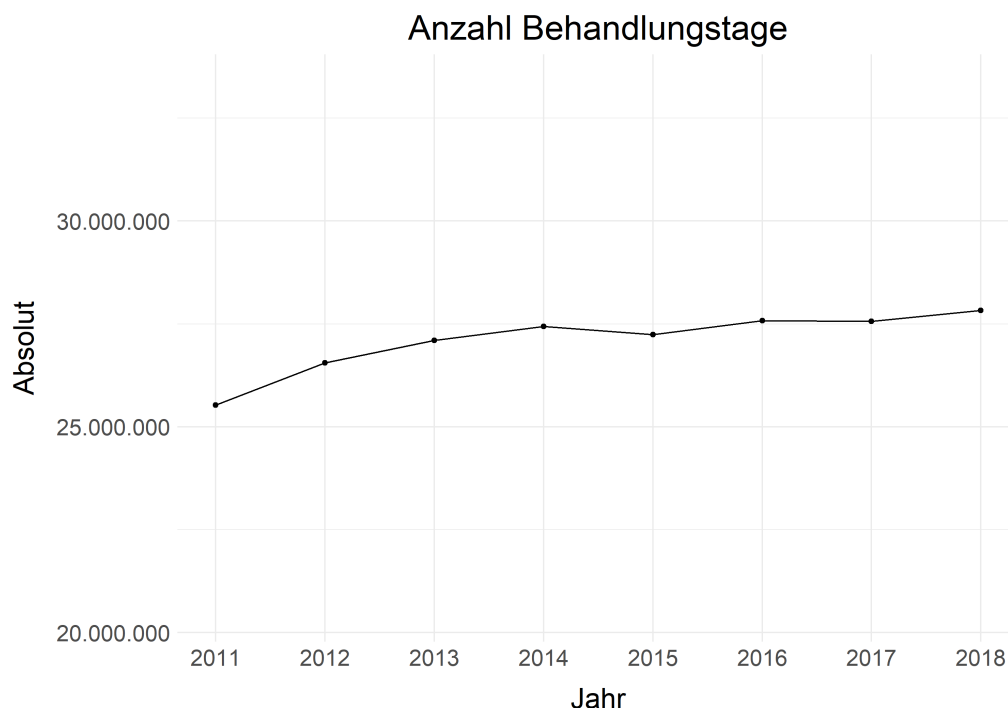
optiert	1. Forschungszyklus			2. Forschungszyklus		
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
zusammen	93,4	168,5	211,1	152,7	123,4	135,4
nein ($n_1 = 6$, $n_2 < 3$)	104,8	229,0	284,7			
ja ($n_1 = 6$, $n_2 = 16$)	78,3	116,6	137,4	157,4	110,7	110,5

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Parallel zur steigenden Anzahl neu eingeführter gruppentherapeutischer Verfahren steigen die Zahlen der damit behandelten Fälle über die Jahre 2013 bis 2015 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. Tabelle 7.3). Eine gegenläufige Entwicklung ist bei den Optionshäusern im zweiten Forschungszyklus zu beobachten. Hier fällt die mittlere Anzahl der Fälle von 157,4 Fällen im Jahr 2016 auf 110,7 Fälle im Jahr 2017 und stagniert dann bei 110,5 Fällen im Jahr 2018.

Im ersten Forschungszyklus zeigt sich ein Anstieg der Einrichtungen, die neue gruppentherapeutische Verfahren eingeführt haben, im zweiten Forschungszyklus ein geringer Rückgang der Fallzahlen. Die Stichprobe ist jedoch zu klein, um eine Aussage in Bezug auf einen Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems zu treffen.

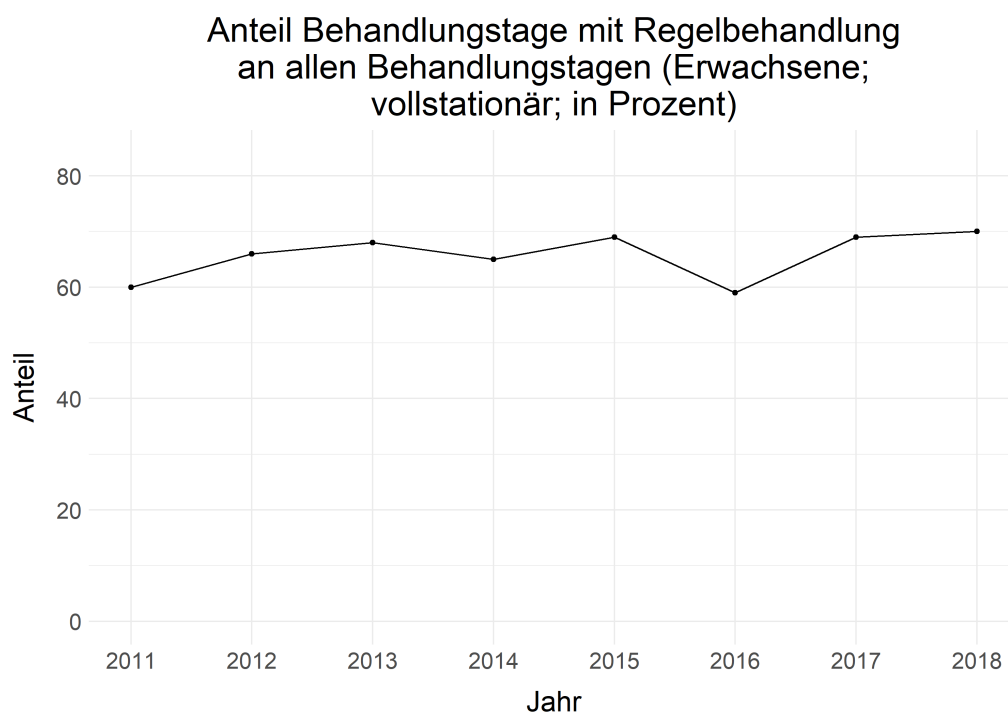
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



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

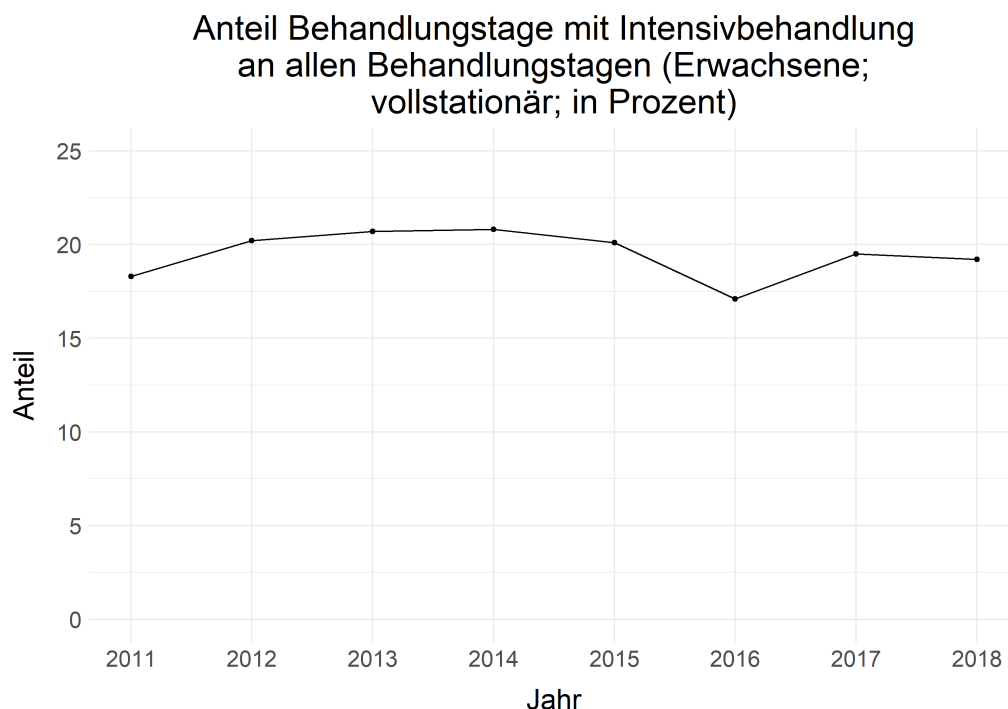
Abbildung 7.2.: Anzahl Behandlungstage

Abbildung 7.2 beschreibt die Anzahl der Behandlungstage im Psych-Entgeltbereich von 2011 bis 2018, wobei Fälle aus psychosomatischen Einrichtungen nicht berücksichtigt wurden. Im Jahr 2011 wurden insgesamt 25 532 380 und im Jahr 2018 27 832 293 Behandlungstage dokumentiert. Mit Ausnahme der Jahre 2015 und 2017 stieg die Zahl der Behandlungstage an. Für den gesamten Berichtszeitraum ergibt sich so ein Zuwachs in Höhe von rund 9,0 Prozent. Die beschriebene Entwicklung ist relativ heterogen, wenn der Indikator auf Ebene der Bundesländer ausgewertet wird. 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 2018 um 33,0 Prozent stark an, während sich der Zuwachs in Baden-Württemberg im selben Zeitraum nur leicht fortsetzte (+3,3 Prozent). Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 erlaubt den interessierten LeserInnen weitere detaillierte beschreibende Analysen zu diesem Indikator unter <https://bfpsyqb.inek.org/#/?indicator=2601&criterion=Gesamt>.



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

Abbildung 7.3.: Anteil Behandlungstage mit Regelbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)



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

Abbildung 7.4.: Anteil Behandlungstage mit Intensivbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)

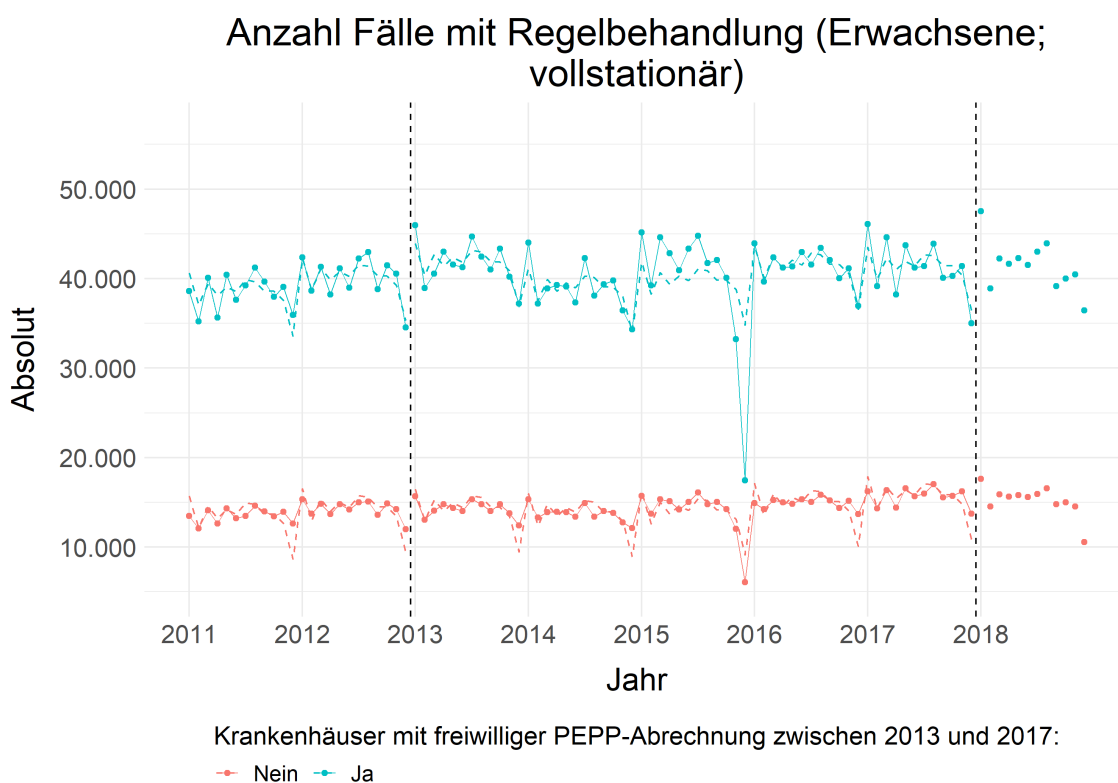
Die Abbildungen 7.3 bzw. 7.4 beschreiben die Entwicklung des Anteils vollstationärer Behandlungstage mit Regel- bzw. Intensivbehandlung²⁴ bei Erwachsenen an allen vollstationären Behandlungstagen im Zeitraum von 2011 bis 2018. Eine psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung umfasst ärztliche und 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 2018 70 Prozent (+10,0 Prozentpunkte). Der Anteil der Behandlungstage mit Intensivbehandlung betrug im Jahr 2011 18 Prozent und im Jahr 2018 19 Prozent (+1,0 Prozentpunkt). Beide Indikatoren fallen im Jahr 2016 stark ab. Diese Schwankung ist allerdings auch ein statistisches Artefakt, da sie auch auf eine Veränderung in der OPS-Kodierung im Bereich der Psychiatrie zurückzuführen ist. Unabhängig davon weisen beide Indikatoren über den gesamten Beobachtungszeitraum einen vergleichbaren Verlauf auf. So steigen die Anteile bis zum Jahr 2013 zunächst an und

²⁴Die 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, den erhöhten Betreuungsaufwand, die kriseninterventionelle Behandlung sowie eine ganze Reihe weiterer Merkmale zur Abbildung unterschiedlicher Maßnahmen (vgl. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/>).

verlaufen bis zum Jahr 2015 relativ kontinuierlich. Zum Ende des Beobachtungszeitraumes steigt der Anteil an Behandlungstagen mit Regelbehandlung weiter leicht an, während der Anteil an Behandlungstagen mit Intensivbehandlung leicht sinkt. Weitergehende Analysen und zusätzliche Differenzierungsmöglichkeiten zu diesem Indikator sind unter <https://bfpsyqb.inek.org/#/?indicator=4201&criterion=Gesamt> bzw. <https://bfpsyqb.inek.org/#/?indicator=4202&criterion=Gesamt> zu finden.

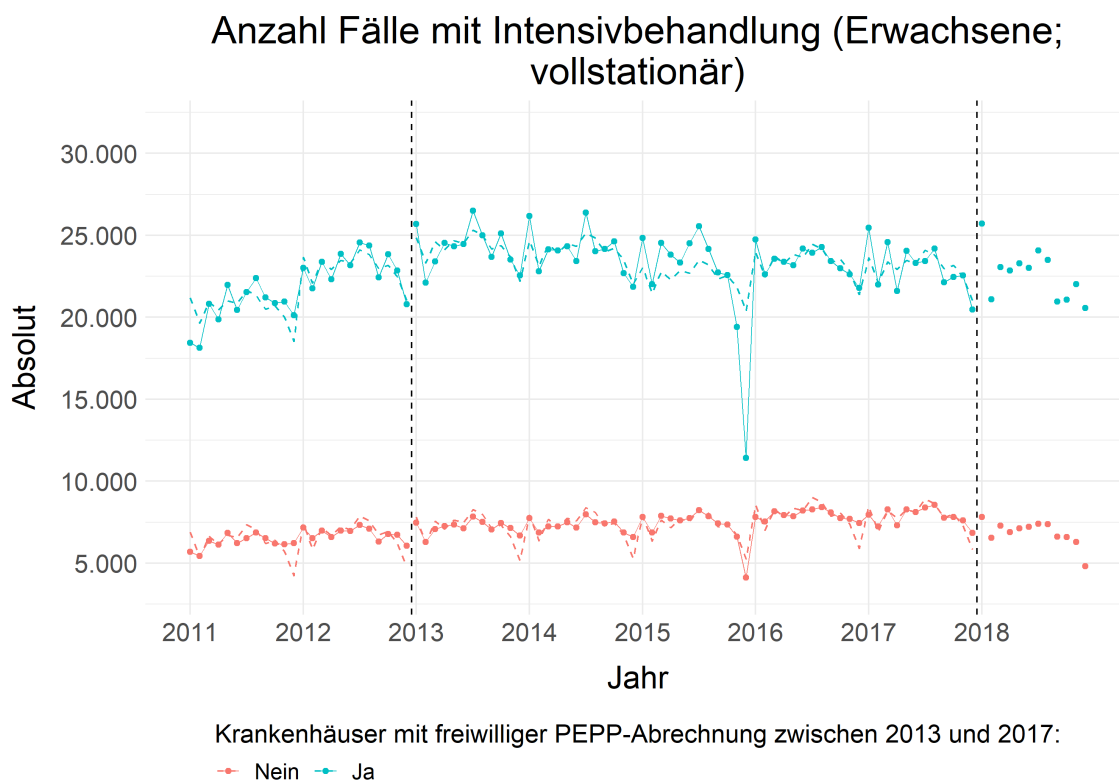
Inferenzstatistische Analyse der Sekundärdaten



Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2017 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abgerechnet haben (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe. Die grünen und orangen Beobachtungen im Jahr 2018 sind in dem statistischen Modell nicht berücksichtigt (vgl. Kapitel 3.3.4).

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

Abbildung 7.5.: 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 2017 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abgerechnet haben (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe. Die grünen und orangenen Beobachtungen im Jahr 2018 sind in dem statistischen Modell nicht berücksichtigt (vgl. Kapitel 3.3.4).

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

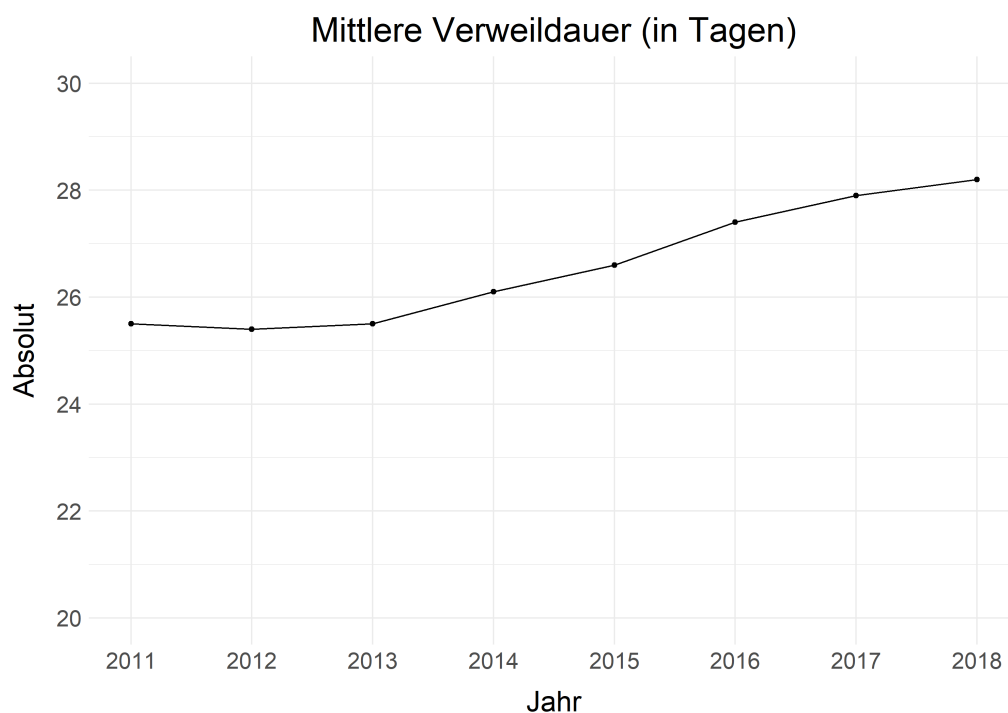
Abbildung 7.6.: Anzahl Fälle mit Intensivbehandlung (Erwachsene; vollstationär)

Zusätzlich zur beschreibenden Analyse der Behandlungsmerkmale „Regel“ bzw. „Intensiv“ wird die jeweilige Fallzahl inferenzstatistisch untersucht. Der Fokus liegt hierbei allerdings auf der Frage, ob sich die Fallzahlen nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems in der Gruppe der Optionshäuser und der Gruppe der Nicht-Optionshäuser unterschiedlich entwickelt haben. 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 7.5) bzw. „Intensivbehandlung“ (Abbildung 7.6) anhand einer entsprechenden OPS-Kodierung identifiziert wurde. Bei der Interpretation ist allerdings zu beachten, dass im Zeitverlauf eine Veränderung in der OPS-Kodierung im Bereich der Psychiatrie stattgefunden hat. Das Ausgangsniveau der Fallzahlen unterscheidet sich zwischen der Quasi-Experimental- und der Kontrollgruppe sowohl für Intensivbehandlung als auch für 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.7 dargestellt sind. Ein spezieller Effekt für die Gruppe der PEPP-Optionshäuser im Zeitraum von 2013 bis 2017 im Vergleich mit den Krankenhäusern, die über den gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abrechnet haben, 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 Krankenhäusern 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 2017) 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).

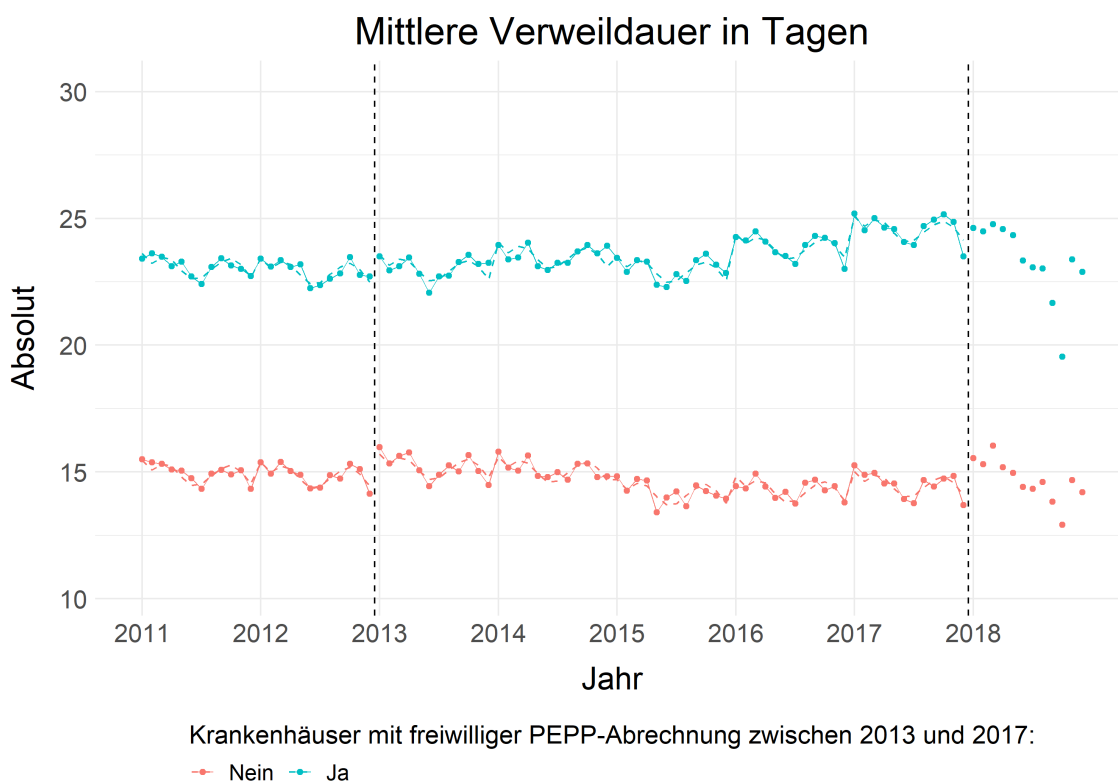
Abbildung 7.7.: Mittlere Verweildauer (in Tagen)

Abbildung 7.7 beschreibt die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer vollstationärer Fälle in den Jahren 2011 bis 2018. Die Verweildauer fällt zunächst von 25,5 Tagen im Jahr 2011 auf 25,4 Tage im Jahr 2012 (−0,4 Prozent) und steigt in den Folgejahren bis 2018 kontinuierlich auf 28,2 Tage (+11,0 Prozent) an. Insgesamt ergibt sich daraus für den

gesamten Beobachtungszeitraum eine durchschnittliche Verlängerung der Verweildauer um 2,7 Tage (+10,6 Prozent).

Das 75-Prozent-Quartil für die Verweildauer folgt einem ähnlichen Trend. Es ging zunächst kontinuierlich von 60,2 Tagen im Jahr 2011 auf 58,7 Tage im Jahr 2013 zurück (−2,5 Prozent) und stieg in den Folgejahren um 3,6 Tage (+6,1 Prozent) auf 62,3 Tage im Jahr 2018. Demnach konnte im Zeitraum von 2011 bis 2013 zunächst eine Veränderung der Verteilung zugunsten niedriger und im Folgezeitraum bis 2018 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 Differenzierungsebenen des Indikators können unter <https://bfpsyqb.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 2017 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abgerechnet haben (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe. Die grünen und orangenen Beobachtungen im Jahr 2018 sind in dem statistischen Modell nicht berücksichtigt (vgl. Kapitel 3.3.4).

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

Abbildung 7.8.: Mittlere Verweildauer (in Tagen)

Abbildung 7.8 stellt die zeitliche Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer grafisch dar. In Tabelle E.9 werden die entsprechenden Regressionsschätzer berichtet. Das Ausgangsniveau der mittleren Verweildauer unterscheidet sich deutlich zwischen der Quasi-Experimental- und der Kontrollgruppe: In den Optionshäusern ist die mittlere Verweildauer um 8,1 Tage ($p < 0,001$) höher als in TGPS-Häusern. In der gruppenübergreifenden zeitlichen Entwicklung der Verweildauer ist ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen dem Zeitraum 2013 bis 2017 und dem Zeitraum 2011 bis 2012 nachweisbar ($-0,3$ Tage, $p < 0,05$). Im Vergleich zu den Krankenhäusern der TGPS-Kontrollgruppe hat sich die mittlere Verweildauer in den PEPP-Optionshäusern im Zeitraum nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems im Schnitt um 0,8 Tage verlängert ($p < 0,001$).

Um auch im Hinblick auf die Verweildauer für Effekte zwischen unterschiedlichen Indikationsgruppen zu unterscheiden, wurden die ICD-Hauptdiagnosen als zusätzlicher Regressor in die Schätzgleichung aufgenommen. Die Modellerweiterung unterstützt die Erkenntnisse der Basisanalyse nur zum Teil. Die zeitunabhängigen Niveauunterschiede zwischen den Gruppen ($p < 0,001$) wurden bestätigt, der generelle zeitliche Trend hingegen nicht. Der spezielle zeitliche Effekt der PEPP-Optionshäuser im Vergleich zu den TGPS-Krankenhäusern kann nur noch als statistisch signifikant interpretiert werden, wenn eine zehnprozentige Irrtumswahrscheinlichkeit akzeptiert wird.

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, stellt sich nur der generelle Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen als robust gegenüber der Veränderung der Stichprobe heraus. Weitere Variationen der Stichprobe (Kurzlieger < 4 Tage und Kurzlieger < 6 Tage) bestätigen diese Ergebnisse.

7.3. Diskussion

Die Befragung der Krankenhäuser im ersten Forschungszyklus ergibt, dass die Anzahl neu eingeführter einzel- und gruppentherapeutischer Verfahren sowie die Anzahl damit behandelter PatientInnen in den Einrichtungen mit unterschiedlichen Vergütungssystemen über die betrachteten Jahre zumeist in vergleichbarer Weise zunimmt. Der Anstieg der Einrichtungen mit neuen Verfahren setzt sich im zweiten Forschungszyklus fort, wobei eine Differenzierung nach Options- und Nicht-Optionshäusern aufgrund der geringen Anzahl von Nennungen bei den nicht optierten Einrichtungen keine belastbaren Aussagen zulässt.

Auffällig ist darüber hinaus, dass der Anteil der Einrichtungen, die gruppentherapeutische Verfahren neu eingeführt haben, in beiden Gruppen im Jahr 2017 vorübergehend absinkt. Mögliche damit in Zusammenhang stehende Ereignisse könnten die Verlängerung der freiwilligen Anwendung von PEPP bis 2018 und der Wegfall der finanziellen Anreize für eine

frühzeitige optionale Anwendung sein. Einen wichtigen zukünftigen Aspekt in der Entwicklung des Behandlungsspektrums stellen die sogenannten neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) dar. Es ist geplant, dass die örtlichen Vertragsparteien gemäß § 6 Abs. 4 BPflV (bzw. § 6 Abs. 2 KHEntgG) erstmals für 2020 zeitlich befristete Entgelte oder Zusatzentgelte für NUB vereinbaren. Diese gesonderten Entgelte könnten dazu führen, dass innovative Therapieformen sachgerechter in der Vergütungssystematik abgebildet und damit deren Anwendung in der Versorgung von PatientInnen noch besser etabliert wird.

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 (+3,1 Prozent, s. Kapitel 6) bei gleichzeitig moderatem Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer je Fall (+2,4 Tage) zumindest bis zum Beobachtungsjahr 2017. Aus klinischer Perspektive sollte der beobachtete Anstieg der Behandlungstage und der Anstieg der Fallzahlen im Zusammenhang mit der generellen Tendenz zum Kapazitätsausbau insbesondere im Bereich der Psychosomatik (+3047 Betten bzw. +36,4 Prozent, +72 Fachabteilungen bzw. +37,9 Prozent) und unter Berücksichtigung der hohen Nachfrage nach psychiatrischer Versorgung gesehen werden. Differenziert nach voll- und teilstationären Fällen wird deutlich, dass lediglich die Anzahl der teilstationären Fälle im Beobachtungszeitraum zugenommen hat (+25,3 Prozent), während der Anteil der vollstationären Fälle im gleichen Zeitraum (−0,3 Prozent) sogar leicht gesunken ist (s. Kapitel 6). Generell ist daher von einer Ausweitung des Behandlungsangebotes auszugehen. Ein Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems lässt sich auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse nicht ableiten.

Die Auswertung der Sekundärdaten ergab zudem einen Anstieg des Anteils sowohl der Regel- als auch Intensivbehandlungstage an allen Behandlungstagen. Die inferenzstatistischen Analysen konnten einen gruppenunabhängigen Zuwachs der Anzahl der Fälle mit mindestens einem Merkmal „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 Optionshäusern zu den Nicht-Optionshäusern im Zeitraum nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems gezeigt werden. Auf Basis dieser Analyse lässt sich dementsprechend ebenfalls kein Zusammenhang zwischen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems und Veränderungen im Behandlungsspektrum (operationalisiert als Anteil der Fälle mit Intensiv- bzw. Regelbehandlung) ableiten.

Deskriptiv betrachtet stieg die durchschnittliche Verweildauer, mit Ausnahme des Jahres 2012, über den Beobachtungszeitraum an. Diese Entwicklung konnte mithilfe inferenzstatistischer Methoden bestätigt werden ($p < 0,05$). Auch hinsichtlich des Ausgangsniveaus unterscheiden sich die Optionshäuser von den Krankenhäusern der Vergleichsgruppe statistisch signifikant voneinander ($p < 0,001$), was auf einen Selektionseffekt bei der Optierung für die Abrechnung nach PEPP hindeutet. Der deskriptiv feststellbare spezielle Effekt der Optionshäuser im Vergleich zur Kontrollgruppe für den Zeitraum nach der Einführung

des PEPP-Entgeltsystems konnte zwar in der Ausgangsspezifikation inferenzstatistisch bestätigt werden, in der erweiterten Modellspezifikation jedoch nur unter Inkaufnahme einer erheblichen Schätzunsicherheit ($p < 0,1$). Zusammenfassend kann hier ein Zusammenhang allerdings nicht zweifelsfrei hergestellt werden. Damit kann die Befürchtung vor medizinisch nachteiligen frühzeitigen Entlassungen auf Basis der vorliegenden Daten nicht bestätigt werden.

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 weitere (temporäre) regulatorische Maßnahmen zur Abschwächung etwaiger Umstellungseffekte eingesetzt wurden (z. B. krankenhausindividuelle Basisentgeltwerte, budgetneutrale Einführung der PEPP-Entgelte während der Optionsphase).

Auf Basis der analysierten Daten lässt sich in der Gesamtschau zum Ende des zweiten Forschungszyklus lediglich ein genereller zeitlicher Trend in Bezug auf das Behandlungsvolumen und die Verweildauer erkennen. Ein belastbarer Zusammenhang zwischen der Entwicklung dieser Indikatoren und der Einführung des PEPP-Entgeltsystems kann insgesamt nicht festgestellt werden.

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

Die 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, das den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung unterscheidbarer PatientInnengruppen abbildet (§ 17d KHG).²⁵ 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 oder überschritten 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, z. B. Diagnosen zu stellen, die zu einer höheren Vergütung führen. Forschungsarbeiten aus den USA haben das sogenannte Upcoding vereinzelt untersucht [16]. 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.

Idealerweise soll die Kodierung 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 [20]. 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.

²⁵§ 17d KHG in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I, S. 886), das durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2016 (BGBl. 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 den 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.²⁶ 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.

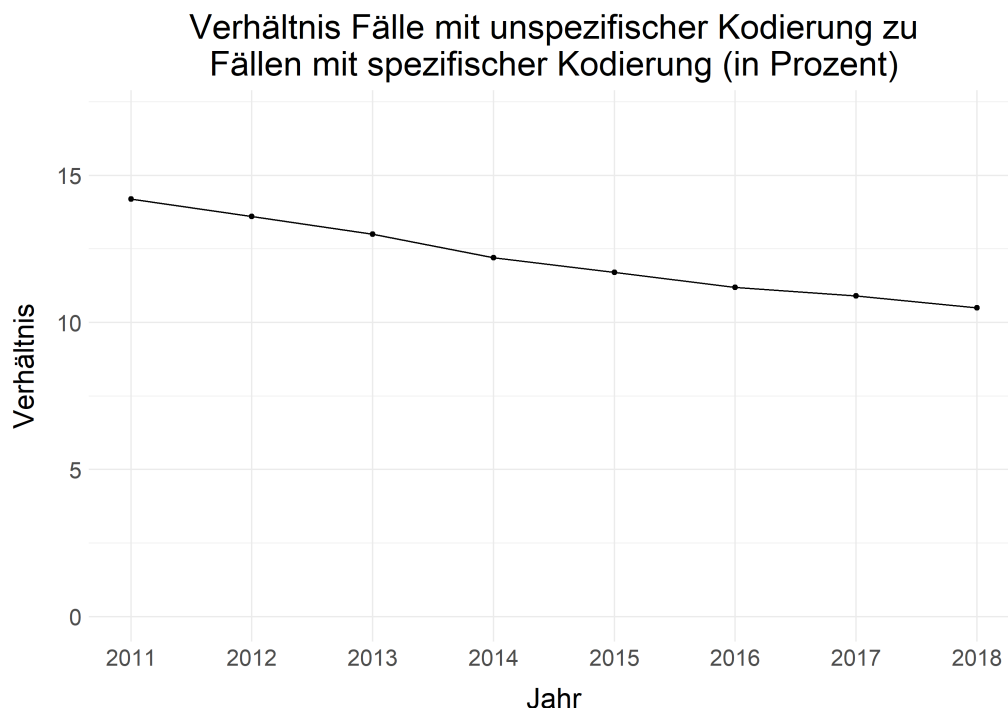
Im Folgenden werden die oben aufgeführten Indikatoren für die vorliegenden Datenjahre 2011 bis 2017 bzw. 2018 näher betrachtet. Hierbei wird auf die Leistungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland (Datengrundlage gem. § 21 KHEntgG) zurückgegriffen.

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 im Jahr 2013 vor allem auf die Gruppe von Krankenhäusern konzentrieren, 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 2017 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 2017 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 2017; 3) Beschreibung des speziellen Effekts für Krankenhäuser mit PEPP-Abrechnung nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in den Jahren 2013 bis 2017.

²⁶Häufige somatische Begleiterkrankungen im Sinne dieses 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

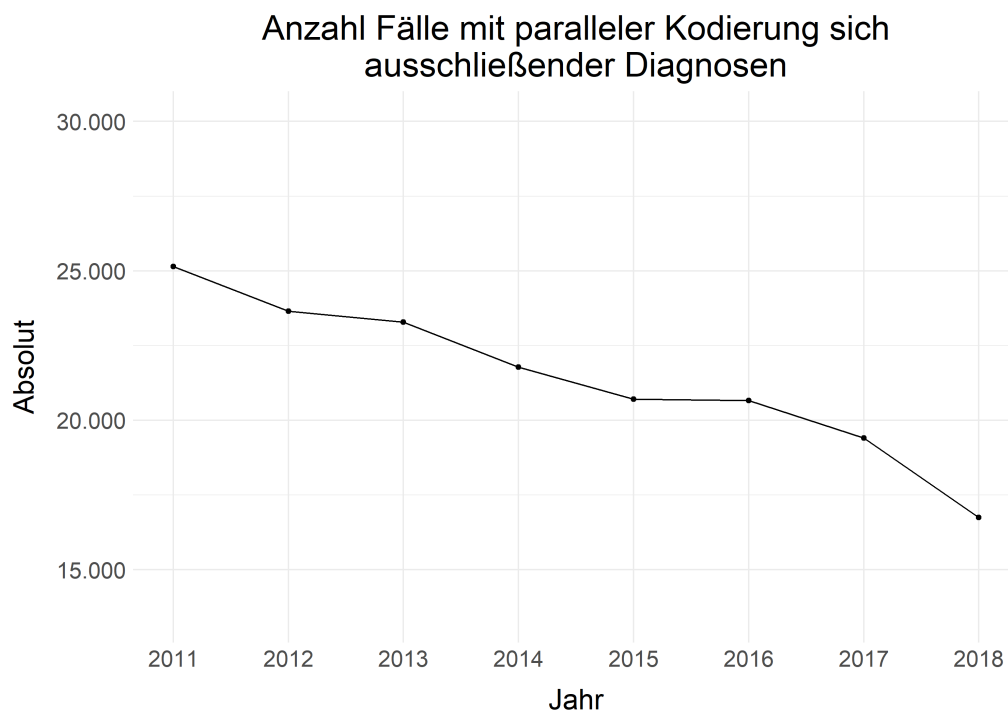
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



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

Abbildung 8.1.: Verhältnis Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung (in Prozent)

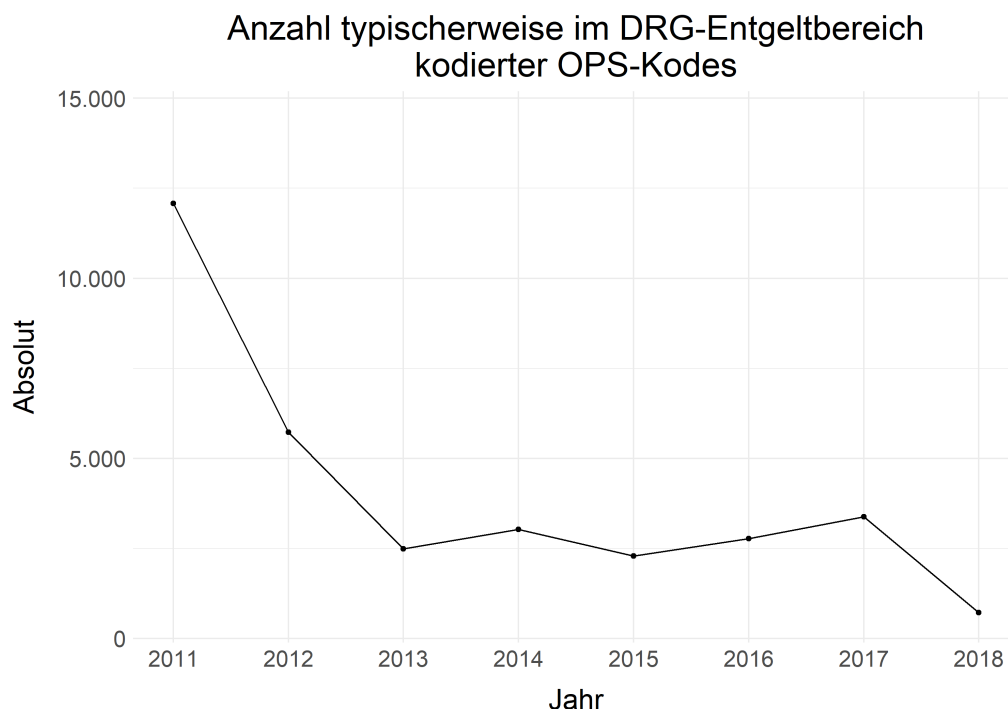
Im Rahmen der ICD-10-Kodierung können Krankheiten präzisiert werden, indem zum Beispiel das Stadium oder die Krankheitsausprägungen kodiert werden. Es gibt allerdings auch die Möglichkeit, eine Krankheit ohne nähere Bezeichnung zu kodieren. Der Indikator, dessen Verlauf über den Zeitraum der Jahre von 2011 bis 2018 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 bis 2017 auf 10,9 Prozent (–3,3 Prozentpunkte). Im Jahr 2018 reduzierte sich der Anteil zudem weiter auf 10,5 Prozent (–0,4 Prozentpunkte). Weitere detaillierte Analysen zu dem beschriebenen Indikator können mithilfe des explorativen Datenzugangs gemäß Unterkapitel 3.2 unter <https://bfpsyqb.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

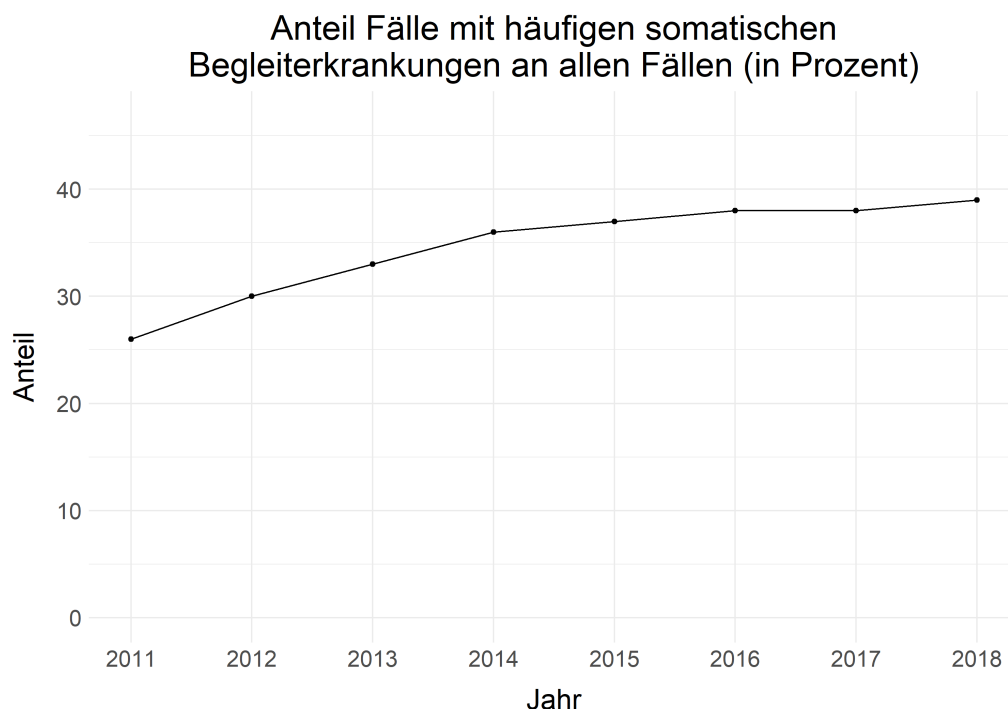
In Abbildung 8.2 wird die Anzahl der Fälle dargestellt, in deren Falldokumentation in den Jahren 2011 bis 2018 sich gegenseitig ausschließende Diagnosen kodiert wurden. Während im Jahr 2011 25 141 Fälle mit einer solchen Kodierung registriert wurden, sank die Anzahl der Fälle im Zeitraum bis 2017 um 5 735 auf 19 406 (–22,8 Prozent). Im Jahr 2018 reduzierte sich die Anzahl der Fälle um weitere 2 662 auf 16 744 (–13,7 Prozent). Weitere detaillierte Analysen zu diesem Indikator können gemäß Unterkapitel 3.2 unter folgendem Link abgerufen werden: <https://bfpsyqb.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 2018 in Abbildung 8.3 grafisch dargestellt. Während im Jahr 2011 12 080 Prozeduren kodiert wurden, die typischerweise im DRG-Bereich durchgeführt werden, waren es im Jahr 2013 2 492. Bis zum Jahr 2017 stieg die Anzahl wieder leicht auf 3 376 an. Über den Zeitraum 2011 bis 2017 konnte ein Rückgang von 72,1 Prozent beobachtet werden. Während sich diese Entwicklung dabei für die Jahre 2013 bis 2017 zunächst auf einem niedrigen Niveau stabilisiert, reduziert sich die Anzahl im Jahr 2018 nochmals um 2 655 auf 721 (–78,6 Prozent). Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 kann für weitere Analysen zu diesem Indikator unter <https://bfpsyqb.inek.org/#/?indicator=5201&criteria=Gesamt> herangezogen werden.

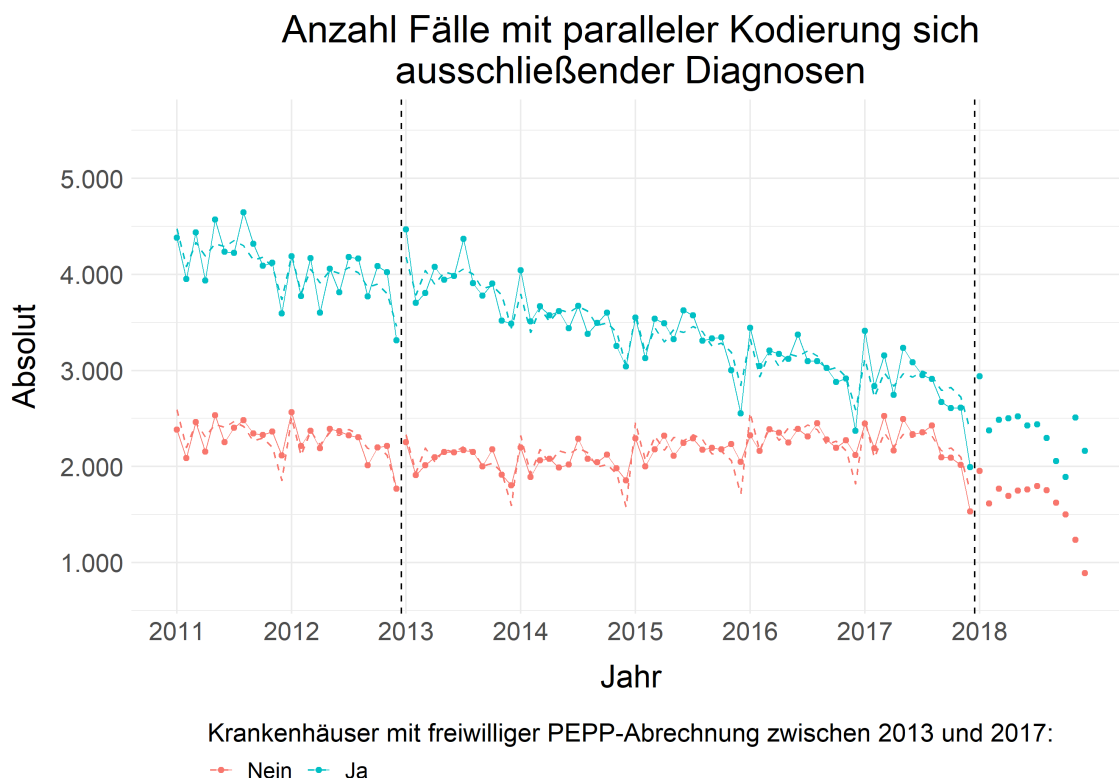


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

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. Bis zum Jahr 2017 stieg dieser Anteil auf 38 Prozent. Es wurden folglich mehr Fälle (+12,0 Prozentpunkte) mit mindestens einer häufigen somatischen Komorbidität stationär oder teilstationär im Psych-Entgeltbereich behandelt. Im Jahr 2018 stieg der Anteil nochmals auf 39 Prozent (+1,0 Prozentpunkte). Weitere detaillierte Analysen zu diesem Indikator können gemäß Unterkapitel 3.2 unter folgendem Link abgerufen werden: <https://bfpsyqb.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 2017 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abgerechnet haben (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe. Die grünen und orangen Beobachtungen im Jahr 2018 sind in dem statistischen Modell nicht berücksichtigt (vgl. Kapitel 3.3.4).

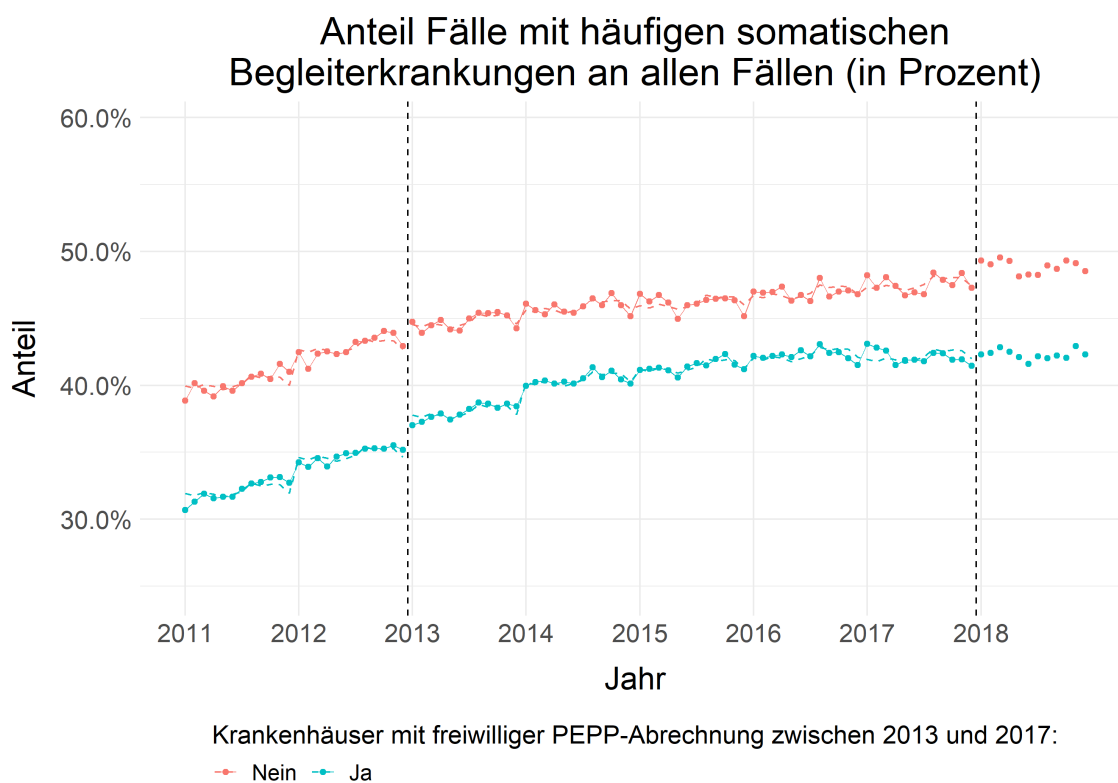
Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Diagnosen); eigene Berechnung.

Abbildung 8.5.: Anzahl Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen

Abbildung 8.5 zeigt die Anzahl der Fälle zwischen 2011 und 2017 bzw. 2018, 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 abgerechnet haben, über den gesamten Zeitraum betrachtet pro Monat durchschnittlich 1 784 mehr Fälle mit bestimmten sich ausschließenden Diagnosen auf. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0,001$) und spiegelt die Ergebnisse aus Kapitel 6 wider, demzufolge ein Großteil der Fälle bis zum Ende des Beobachtungszeitraums nicht mit TGPS vergütet wurde. 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 2017 im Vergleich zum Zeitraum vor der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2011 bis 2012 statistisch signifikant um 120 Fälle niedriger ($p < 0,10$). 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 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 abgerechnet haben, 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 2017 die monatliche Anzahl der Fälle mit bestimmten sich ausschließenden Diagnosen um 615 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 15,7 Prozent.



Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2017 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abgerechnet haben (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe. Die grünen und orangenen Beobachtungen im Jahr 2018 sind in dem statistischen Modell nicht berücksichtigt (vgl. Kapitel 3.3.4).

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

Abbildung 8.6.: Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)

Abbildung 8.6 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 Zeitraum bis 2017 betrachtet und auch bereits vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems pro Monat durchschnittlich 8,05 Prozentpunkte unter dem Fallanteil für die Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abgerechnet haben. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0,001$). 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 2017 statistisch signifikant um 4,74 Prozentpunkte gestiegen ($p < 0,001$). Ausgeprägte saisonale Schwankungen sind hier nicht zu beobachten.

Die Regressionsergebnisse in Tabelle F.7 im Anhang zeigen, dass die Veränderung des Fallanteils nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2013 bis 2017 für die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, im Vergleich zur Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abgerechnet haben, relativ betrachtet um 2,65 Prozentpunkte größer und dabei 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 freiwilligen PEPP-Einführung in Deutschland lassen 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. Die inferenzstatistische Analyse bestätigt eine Verbesserung der Qualität der Kodierung für alle untersuchten Indikatoren 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 (−3,3 Prozentpunkte) und die Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen (−22,8 Prozent) im Beobachtungszeitraum von 2011 bis 2017

gefallen. Auch im Jahr 2018 setzte sich der rückläufige Trend für beide Indikatoren leicht fort. 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 72,1 Prozent im Beobachtungszeitraum von 2011 bis 2017, der sich ebenfalls im Jahr 2018 fortsetzt. 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).

Der Anteil der Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen ist vom Jahr 2011 auf das Jahr 2017 um ca. 12,0 Prozentpunkte gestiegen. Da dieser Anstieg in der Zahl der Nebendiagnosen vermutlich nicht auf Änderungen in der Prävalenz von Begleiterkrankungen zurückgeht, ist der Anstieg wahrscheinlich auf eine Veränderung des Kodierverhaltens, d. h. auf eine ausführlichere Kodierung, zurückzuführen. Mit Einführung des PEPP-Entgeltsystems wird ein Teil der Nebendiagnosen entgeltrelevant. Es erscheint somit plausibel, dass 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 mit hoher Wahrscheinlichkeit 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 bis zum Jahr 2017 weder verpflichtend noch budgetwirksam war, ist es nachvollziehbar, dass Krankenhäuser bereits im Vorfeld der verpflichtenden Einführung (ab dem 1.1.2018) die Kodierung der entsprechenden Fälle sukzessive verbessert haben. Die deskriptive Analyse der Sekundärdaten für das Jahr 2018 zeigt zudem, dass die Krankenhäuser die Kodierung auch über das Jahr 2017 hinaus weiterhin verbessern.

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

Die Qualität der Leistungserbringung sowie deren Sicherung sind zentrale Zieldimensionen eines öffentlichen Gesundheitswesens. Daher sind mögliche Veränderungen dieser Dimensionen im Zusammenhang mit regulatorischen Eingriffen in den Gesundheitsmarkt stets zu überprüfen. Der bekannteste Ansatz zur Operationalisierung des Qualitätsbegriffs wird von Donabedian [24] beschrieben, demzufolge die Messung der Behandlungsqualität anhand von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren erfolgen kann. 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. Zudem werden mögliche Veränderungen in Bezug auf die Behandlungskontinuität an der Schnittstelle zwischen der stationären und der ambulanten psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung anhand des Anteils entlassener Fälle mit mindestens einem Facharztkontakt im Folgequartal bzw. innerhalb von drei Folgequartalen betrachtet. Da eine kontinuierliche Behandlung bei psychiatrischen Erkrankungen unter anderem mit einer Verbesserung der Lebensqualität, der Patientenzufriedenheit [2] sowie einer verringerten Mortalität [35] assoziiert wird, ist eine zeitnahe ambulante Anschlussbehandlung nach der Entlassung aus der stationären Versorgung erstrebenswert. Auch können hierdurch die Therapietreue der PatientInnen erhöht und Wiederaufnahmeraten verringert werden [46].

Die Analyse möglicher Effekte der PEPP-Einführung auf die Ergebnisqualität erfolgt durch eine Auswertung des Anteils der Fälle, bei denen der Entlassgrund „Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet“ kodiert wurde. Bei PatientInnen, die entgegen dem ärztlichen Rat das Krankenhaus verlassen, sind eine höhere Wiedereinweisungsrate sowie tendenziell schlechtere Gesundheitsoutcomes beobachtet worden [49].

In den folgenden Unterkapiteln wird eine empirische Untersuchung der o. g. Indikatoren für die Datenjahre 2011 bis 2018 auf Basis von Befragungsdaten sowie aggregierter und fallbezogener Sekundärdaten (Datengrundlage gemäß § 21 KHEntgG sowie § 295 und § 301 SGB V) vorgenommen. Im Fokus der Untersuchung stehen sowohl die Jahre vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems 2011 und 2012 sowie die Datenjahre 2013 bis 2017, in denen psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Krankenhäuser und Fachabteilungen in Krankenhäusern) freiwillig für die Anwendung des PEPP-Entgeltsystems 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 im Jahr 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 2017 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 2017 bzw. 2018 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 den ausgewählten Indikator 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 2017; 3) Beschreibung des speziellen Effekts für Krankenhäuser mit PEPP-Abrechnung nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems in den Jahren 2013 bis 2017.

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. Diese Angaben werden einander nachfolgend gegenübergestellt. Der im Jahr 2013 nach Psych-PV ermittelte Stellenbedarf beläuft sich bei ÄrztInnen im Mittel auf 29,5 Stellen, auf 138,5 Stellen im Pflegebereich und auf 6,4 Stellen für Diplom-PsychologInnen²⁷ (s. Tabelle 9.1). Im Jahr 2016

²⁷Diplom- bzw. Masterabschlüsse werden in den Kliniken als gleichwertig behandelt.

Tabelle 9.1.: Personalbedarf nach Psych-PV, besetzte Stellen und Grad der Erfüllung

Profession	optiert	1. Forschungszyklus			2. Forschungszyklus		
		Stellenbedarf	besetzte Stellen	Erfüllungsgrad (in Prozent)	Stellenbedarf	besetzte Stellen	Erfüllungsgrad (in Prozent)
ÄrztInnen							
(n ₁ = 39, n ₂ = 56)	gesamt	29,5	27,8	98,1	28,5	27,2	105,1
(n ₁ = 22, n ₂ = 5)	nein*	30,4	29,5	98,7	27,5	24,1	91,3
(n ₁ = 17, n ₂ = 51)	ja	28,7	26,0	97,5	29,4	30,3	118,9
Pflegepersonal							
(n ₁ = 38, n ₂ = 56)	gesamt	138,5	127,2	94,8	138,8	139,2	111,9
(n ₁ = 21, n ₂ = 5)	nein*	138,3	120,1	94,4	132,5	124,8	98,2
(n ₁ = 17, n ₂ = 51)	ja	138,7	134,3	95,2	145,0	153,6	125,5
Diplom-PsychologInnen							
(n ₁ = 37, n ₂ = 55)	gesamt	6,4	9,9	163,0	6,1	9,7	190,0
(n ₁ = 20, n ₂ = 5)	nein*	6,3	10,4	189,0	4,3	6,7	203,7
(n ₁ = 17, n ₂ = 50)	ja	6,5	9,4	137,0	7,9	12,7	176,3
ErgotherapeutInnen							
(n ₁ = 37, n ₂ = 55)	gesamt	13,1	10,8	90,9	13,4	10,5	82,8
(n ₁ = 20, n ₂ = 5)	nein*	13,2	10,0	85,2	12,7	10,0	77,8
(n ₁ = 17, n ₂ = 50)	ja	13,0	11,6	96,5	14,1	11,0	87,7
PhysiotherapeutInnen							
(n ₁ = 36, n ₂ = 54)	gesamt	3,9	4,2	109,4	3,7	4,8	158,6
(n ₁ = 20, n ₂ = 5)	nein*	4,1	4,1	113,6	3,2	5,2	203,2
(n ₁ = 16, n ₂ = 49)	ja	3,8	4,2	105,2	4,3	4,4	114,0
SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen							
(n ₁ = 39, n ₂ = 54)	gesamt	9,9	8,8	89,2	10,2	9,0	114,8
(n ₁ = 21, n ₂ = 5)	nein*	9,9	8,6	85,8	9,0	7,6	84,2
(n ₁ = 18, n ₂ = 49)	ja	9,8	8,9	92,5	11,3	10,4	145,5
SprachtherapeutInnen, LogopädInnen							
(n ₁ = 6, n ₂ = 14)	gesamt	0,5	0,8	113,0	0,8	0,7	91,6
(n ₁ = 3, n ₂ < 3)	nein*	0,4	1,2	128,9			
(n ₁ = 3, n ₂ = 14)	ja	0,6	0,4	97,1	0,8	0,7	91,6

Anm.: Angabe von Mittelwerten. Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben. * = Die Personalzahlen sind an die Bettenanzahlen der Optionshäuser adjustiert.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

liegt dieser mit minimalen Senkungen im Bereich der ÄrztInnen bei 28,5 Stellen, bei dem Pflegepersonal unverändert bei 138,8 Stellen und im Bereich der Diplom-PsychologInnen mit sehr geringem Unterschied bei 6,1 Stellen.

Die ermittelten Bedarfe für ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen, SprachtherapeutInnen und LogopädInnen variieren für den ersten Forschungszyklus zwischen 0,5 und 13,1 Stellen, im zweiten Forschungszyklus zwischen 0,8 und 13,4 Stellen. Im ersten Forschungszyklus sind die Bedarfe in den Optionshäusern und Nicht-Optionshäusern vergleichbar hoch. Im zweiten Forschungszyklus ist eine ähnliche Tendenz zu beobachten, jedoch geben Optionshäuser hier einen leicht erhöhten Bedarf an.

Dem nach Psych-PV festgestellten Personalbedarf steht die tatsächliche Stellenbesetzung gegenüber. Unterbesetzt sind im Jahr 2013 in der Stichprobe die Stellen von SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen sowie die von ErgotherapeutInnen (89,2 bzw. 90,9 Prozent). Im zweiten Forschungszyklus wurden Ergo- und SprachtherapeutInnen ebenfalls als unterbesetzt benannt (82,8 Prozent bzw. 91,6 Prozent). Über dem Bedarf besetzt sind im ersten Forschungszyklus dagegen die Stellen von Diplom-PsychologInnen, SprachtherapeutInnen und LogopädInnen (163,0 Prozent bzw. 113,0 Prozent). Im zweiten Forschungszyklus gibt es eine Überbesetzung bei ÄrztInnen, dem Pflegepersonal, den Diplom-PsychologInnen, den PhysiotherapeutInnen und SozialarbeiterInnen.

Beim Vergleich der beiden Teilgruppen lässt sich feststellen, dass Optionshäuser im ersten Forschungszyklus bei den ErgotherapeutInnen sowie bei den SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen einen höheren Erfüllungsgrad erzielen als die Nicht-Optionshäuser (96,5 vs. 85,2 Prozent bzw. 92,5 vs. 85,8 Prozent). Gleiches gilt auch für den nachfolgenden Forschungszyklus (87,7 vs. 77,8 Prozent bzw. 145,5 vs. 84,2 Prozent).

Von 2013 bis 2015 liegen die Erfüllungsgrade der Optionshäuser insgesamt bei den Diplom-PsychologInnen sowie SprachtherapeutInnen und LogopädInnen deutlich hinter denen der Nicht-Optionshäuser (137,0 vs. 189,0 Prozent bzw. 97,1 vs. 128,9 Prozent). Im Jahr 2018 ist dies für den Bereich der Diplom-PsychologInnen weiterhin zutreffend (176,3 vs. 203,7 Prozent). Für die SprachtherapeutInnen und LogopädInnen ist ein solcher Vergleich nicht möglich, da hier lediglich Angaben der Optionshäuser vorliegen (91,6 Prozent).

Bei PhysiotherapeutInnen ist der Erfüllungsgrad bei Nicht-Optionshäusern höher, liegt aber in beiden Gruppen deutlich über 100 Prozent. Bei SprachtherapeutInnen liegt der Erfüllungsgrad in beiden Gruppen unter 100 Prozent. Insgesamt ist der Erfüllungsgrad im zweiten Forschungszyklus höher als im ersten, lediglich in den Bereichen der Ergotherapie und der Sprachtherapie werden die angestrebten 100 Prozent Erfüllungsgrad nicht erreicht.

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 Prozessmerkmale abgefragt, die sich auf die Aufnahme von PatientInnen beziehen bzw. auf die Dokumentation 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 50 und 100 Prozent verrechnet. In den hier berichteten Ergebnissen werden die mittleren Umsetzungsgrade angegeben.

Tabelle 9.2.: Mittlerer Umsetzungsgrad klinischer Abläufe bei Aufnahme

		1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus			
	optiert	2013	2014	2015	MW_1	2016	2017	2018	MW_2
Schriftlich dokumentierter Aufnahmeprozess									
$(n_1 = 86, n_2 = 91)$	gesamt	94,0	95,1	96,2	95,1	90,9	94,6	97,3	94,3
$(n_1 = 42, n_2 = 7)$	nein	90,5	92,9	94,0	92,5	100,0	100,0	100,0	100,0
$(n_1 = 44, n_2 = 84)$	ja	96,6	96,6	97,7	97,0	90,5	94,6	97,6	94,2
PatientInnen durchlaufen diagnostische Aufnahme									
$(n_1 = 86, n_2 = 91)$	gesamt	94,5	95,1	94,5	94,7	95,2	95,7	95,7	95,5
$(n_1 = 42, n_2 = 7)$	nein	92,9	95,2	95,2	94,4	100,0	100,0	100,0	100,0
$(n_1 = 44, n_2 = 84)$	ja	95,5	94,3	93,2	94,3	94,6	95,2	95,2	95,0
PatientInnen erhalten Behandlungsplan									
$(n_1 = 86, n_2 = 91)$	gesamt	77,5	78,0	78,6	78,0	88,7	90,9	90,9	90,1
$(n_1 = 42, n_2 = 7)$	nein	71,4	71,4	71,4	71,4	92,9	92,9	92,9	92,9
$(n_1 = 44, n_2 = 84)$	ja	81,8	83,0	84,1	83,0	88,7	91,1	91,1	90,3

Anm.: Angabe von Anteilen in Prozent. Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Schriftlich dokumentierte Aufnahmeprozesse sind im ersten Forschungszyklus 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 9.2). Im darauffolgenden Forschungszyklus durchlaufen die PatientInnen am häufigsten die diagnostische Aufnahme (95,5 Prozent). Der schriftlich dokumentierte Aufnahmeprozess wird zu 94,3 Prozent umgesetzt, und zu 90,1 Prozent erhalten die PatientInnen einen Behandlungsplan.

Von 2013 bis 2015 weisen Optionshäuser häufiger schriftlich dokumentierte Aufnahmeprozesse vor (97,0 vs. 92,5 Prozent) und händigen PatientInnen häufiger einen Behandlungs-

plan aus als Nicht-Optionshäuser (83,0 vs. 71,4 Prozent). Zwischen 2016 und 2018 werden dagegen in Nicht-Optionshäusern alle klinischen Abläufe häufiger durchgeführt als in Optionshäusern. Die klinischen Abläufe „Schriftlich dokumentierter Aufnahmeprozess“ und „PatientInnen durchlaufen diagnostische Aufnahme“ werden in allen Jahren des zweiten Forschungszyklus zu 100 Prozent umgesetzt.

Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen verhalten sich im zweiten Forschungszyklus gegenläufig zum Trend im ersten Forschungszyklus. Das Kriterium „der Patient erhält einen Behandlungsplan“ steigt zwischen den beiden Forschungszyklen deutlich an, dies kann aber aufgrund der unterschiedlichen Stichproben nicht generalisiert werden.

Tabelle 9.3.: Mittlerer Umsetzungsgrad klinischer Strukturen während der Behandlung

		1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus				
		optiert	2013	2014	2015	MW_1	2016	2017	2018	MW_2
Klinische Behandlungspfade										
$(n_1 = 85, n_2 = 88)$	gesamt		50,6	52,8	55,0	52,8	57,1	57,2	57,2	57,2
$(n_1 = 41, n_2 = 7)$	nein		52,4	54,9	57,3	54,9	50,0	57,1	57,1	54,8
$(n_1 = 44, n_2 = 81)$	ja		47,7	50,0	52,3	50,0	57,9	57,4	57,4	57,6
Pfaddokumentation im KIS										
$(n_1 = 82, n_2 = 88)$	gesamt		13,2	14,4	15,5	14,4	22,8	23,9	24,2	23,6
$(n_1 = 39, n_2 = 7)$	nein		12,8	16,7	17,9	15,8	35,7	35,7	35,7	35,7
$(n_1 = 43, n_2 = 81)$	ja		11,6	10,5	11,6	11,2	22,3	23,5	23,8	23,2
Digitale Patientenakte										
$(n_1 = 85, n_2 = 90)$	gesamt		35,0	39,4	48,9	41,1	57,0	58,1	60,9	58,6
$(n_1 = 41, n_2 = 7)$	nein		26,8	30,5	47,6	35,0	42,9	42,9	50,0	45,2
$(n_1 = 44, n_2 = 83)$	ja		43,2	48,9	52,3	48,1	58,3	59,5	62,0	60,0
Strukturierte Verlaufskontrolle										
$(n_1 = 85, n_2 = 91)$	gesamt		66,7	67,8	68,9	67,8	78,5	79,6	80,1	79,4
$(n_1 = 41, n_2 = 7)$	nein		62,2	62,2	62,2	62,2	85,7	85,7	85,7	85,7
$(n_1 = 44, n_2 = 84)$	ja		70,5	72,7	75,0	72,7	78,0	79,2	79,8	79,0

Anm.: Angabe von Anteilen in Prozent. Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Eine strukturierte Verlaufskontrolle erfolgt in den Einrichtungen im ersten Forschungszyklus 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 9.3). Im zweiten Forschungszyklus zeigen sich dagegen tendenziell höhere Quoten als im ersten Forschungszyklus. Die strukturierte Verlaufskontrolle wird zwischen 2016 und 2018 am häufigsten angewendet (79,4 Prozent). Auch die Nutzung von digitalen Patientenakten, klinischen Behandlungspfaden und der Pfaddokumentationen im KIS haben zugenommen.

Im ersten Forschungszyklus sind die digitale Patientenakte (48,1 vs. 35,0 Prozent) und die strukturierten Verlaufskontrollen (72,7 vs. 62,2 Prozent) in den Optionshäusern insgesamt häufiger vertreten als in den Nicht-Optionshäusern. 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). Im zweiten Forschungszyklus zeigen sich er-

neut gegenläufige Trends, die vermutlich der Unterschiedlichkeit der beiden Stichproben geschuldet sind. Lediglich bei den klinischen Behandlungspfaden und der digitalen Patientenakte haben die Optionshäuser eine höhere Quote. Hier zeigen sich also teilweise entgegengesetzte Trends zwischen den beiden Forschungszyklen, die vermutlich der Unterschiedlichkeit der beiden Stichproben geschuldet sind.

Tabelle 9.4.: Mittlerer Umsetzungsgrad von Personalstrukturen und internen Interaktionen

		1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus			
	optiert	2013	2014	2015	MW_1	2016	2017	2018	MW_2
FallmanagerInnen eingesetzt									
$(n_1 = 84, n_2 = 90)$	gesamt	22,8	23,6	26,4	24,3	23,4	25,5	25,5	24,8
$(n_1 = 40, n_2 = 7)$	nein	15,9	17,5	22,5	18,6	35,7	35,7	35,7	35,7
$(n_1 = 44, n_2 = 83)$	ja	27,3	27,3	28,4	27,7	22,9	25,3	25,3	24,5
Fallkonferenzen									
$(n_1 = 85, n_2 = 90)$	gesamt	82,2	83,3	83,3	83,0	83,3	83,9	83,2	83,5
$(n_1 = 41, n_2 = 7)$	nein	78,0	78,0	78,0	78,0	92,9	92,9	92,9	92,9
$(n_1 = 44, n_2 = 83)$	ja	84,1	86,4	86,4	85,6	83,3	83,9	83,1	83,5
Teamsitzungen									
$(n_1 = 85, n_2 = 91)$	gesamt	98,3	98,3	98,3	98,3	99,5	98,9	99,5	99,3
$(n_1 = 41, n_2 = 7)$	nein	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
$(n_1 = 44, n_2 = 84)$	ja	96,6	96,6	96,6	96,6	99,4	98,8	99,4	99,2
Teams von psychiatrischen und somatischen ÄrztInnen									
$(n_1 = 84, n_2 = 91)$	gesamt	93,3	93,3	93,3	93,3	97,8	97,8	97,8	97,8
$(n_1 = 40, n_2 = 7)$	nein	90,0	90,0	90,0	90,0	100,0	100,0	100,0	100,0
$(n_1 = 44, n_2 = 84)$	ja	95,5	95,5	95,5	95,5	97,6	97,6	97,6	97,6

Anm.: Angabe von Anteilen in Prozent. Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Im ersten Forschungszyklus gehören Teamsitzungen 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 9.4). In den Jahren 2016 bis 2018 werden Teamsitzungen und interdisziplinäre Teams von psychiatrischen und somatischen ÄrztInnen mit nahezu 100 Prozent weiterhin am häufigsten eingesetzt (in den Nicht-Optionshäusern in 100 Prozent der Fälle). In den Personalstrukturen und internen Interaktionen gibt es innerhalb der drei betrachteten Jahre nur minimale Veränderungen.

FallmanagerInnen werden im ersten Forschungszyklus in 24,3 Prozent der befragten Einrichtungen eingesetzt, dabei in Optionshäusern häufiger als in Nicht-Optionshäusern (27,7 vs. 18,6 Prozent). Von 2016 bis 2018 werden FallmanagerInnen dagegen in 25 Prozent der Optionshäuser eingesetzt, diese Quote ist bei den Nicht-Optionshäusern leicht höher. Die Quote der Fallkonferenzen liegt bei den optierten Einrichtungen bei 83 Prozent, die Nicht-Optionshäusern liegen auch hier darüber. Bei der Betrachtung dieser Unterschiede muss jedoch die kleine Stichprobe der nicht optierten Einrichtungen beachtet werden.

Tabelle 9.5.: Mittlerer Umsetzungsgrad von Prozessen des Entlassmanagements

		1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus			
	optiert	2013	2014	2015	MW_1	2016	2017	2018	MW_2
Weiterbehandlung der PatientInnen organisiert									
$(n_1 = 85, n_2 = 90)$	gesamt	90,0	91,1	91,7	90,9	92,9	95,2	95,7	94,6
$(n_1 = 41, n_2 = 7)$	nein	89,0	90,2	91,5	90,2	85,7	92,9	92,9	90,5
$(n_1 = 44, n_2 = 83)$	ja	92,0	93,2	93,2	92,8	94,0	95,8	96,4	95,4
Folgetermine mit PatientInnen bei Bedarf vereinbart									
$(n_1 = 85, n_2 = 91)$	gesamt	80,0	82,2	82,2	81,5	78,0	81,7	81,7	80,5
$(n_1 = 41, n_2 = 7)$	nein	75,6	80,5	80,5	78,9	78,6	85,7	85,7	83,3
$(n_1 = 44, n_2 = 84)$	ja	85,2	85,2	85,2	85,2	78,6	82,1	82,1	81,0
Entlassungsscheckliste/Entlassungsleitfaden wird angewendet									
$(n_1 = 84, n_2 = 91)$	gesamt	44,4	47,8	53,9	48,7	68,8	77,4	84,4	76,9
$(n_1 = 40, n_2 = 7)$	nein	33,8	35,4	41,5	36,9	71,4	71,4	85,7	76,2
$(n_1 = 44, n_2 = 84)$	ja	53,4	59,1	65,9	59,5	69,0	78,6	84,5	77,4

Anm.: Angabe von Anteilen in Prozent. Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Im Rahmen des Entlassmanagements wird die Weiterbehandlung der PatientInnen zwischen 2013 und 2015, z. B. durch die weiterbehandelnden FachärztInnen und PsychotherapeutInnen sowie die Sicherstellung der Medikamentenversorgung, in 90,9 Prozent der Fälle organisiert. Im zweiten Forschungszyklus wird als Prozess des Entlassmanagements weiterhin die Weiterbehandlung der PatientInnen am häufigsten organisiert (94,6 Prozent; s. Tabelle 9.5).

Folgetermine mit den PatientInnen werden im ersten Forschungszyklus in 81,5 Prozent der Fälle vereinbart, die Anwendung von Entlassungsschecklisten und Entlassungsleitfäden erfolgt deutlich seltener in 48,7 Prozent der Fälle. Diese werden in Optionshäusern über die betrachteten Jahre hinweg häufiger angewendet als in Nicht-Optionshäusern (59,5 vs. 36,9 Prozent). Im zweiten Forschungszyklus setzt sich dieser Trend fort, und es wird ebenfalls in 80,5 Prozent der Fälle bei Bedarf ein Folgetermin mit PatientInnen vereinbart, seltener werden Entlassungsschecklisten und Entlassungsleitfäden (76,9 Prozent) angewandt, dies geschieht in beiden Gruppen etwa gleich häufig. Prozesse zur Organisation der Weiterbehandlung von PatientInnen und die Anwendung von Entlassungsschecklisten und -leitfäden werden im zweiten Forschungszyklus von Optionshäusern tendenziell etwas häufiger angewendet als durch Nicht-Optionshäuser. Folgetermine werden in den Jahren 2016 bis 2018, im Gegensatz zum ersten Forschungszyklus, nun häufiger von Nicht-Optionshäusern vereinbart. Im zeitlichen Verlauf beider Forschungszyklen hat die Umsetzung der Entlassungsscheckliste und des Leitfadens insgesamt zugenommen.

Tabelle 9.6.: Anteil Einrichtungen mit Entlassmanagement nach § 39 SGB V

	1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus			
optiert	2013	2014	2015	MW_1	2016	2017	2018	MW_2
gesamt ($n_1 = 83$, $n_2 = 87$)	43,2	45,5	48,9	45,8	36,0	64,4	88,9	63,1
nein ($n_1 = 43$, $n_2 = 7$)	23,3	23,3	27,9	24,8	14,3	28,6	71,4	38,1
ja ($n_1 = 40$, $n_2 = 80$)	65,0	70,0	72,5	69,2	38,8	69,1	91,4	66,4

Anm.: Angabe von Mittelwerten. Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben.

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 9.6). Im Verlauf des zweiten Forschungszyklus ist ein Anstieg des Anteils der Einrichtungen ersichtlich, die das Entlassmanagement nach § 39 SGB V durchführen (von 36,0 Prozent im Jahr 2016 auf 88,9 Prozent im Jahr 2018).

Im ersten Forschungszyklus liegt der Anteil in den Optionshäusern deutlich über dem in den Nicht-Optionshäusern (69,2 vs. 24,8 Prozent). Ein Anstieg ist bei den Optionshäusern ausgeprägter als bei den Nicht-Optionshäusern, wenngleich die Stichprobe zu klein ist, um hier belastbare Aussagen zu treffen. Ab 2016 und im Laufe der drei im zweiten Forschungszyklus betrachteten Jahre wenden weiterhin die Optionshäuser häufiger ein Entlassmanagement an als die Nicht-Optionshäuser (38,8 vs. 14,3 Prozent; 69,1 vs. 28,6; 91,4 vs. 71,4 Prozent).

Tabelle 9.7.: Mittlere Anzahl Fälle, für die Entlassmanagement nach § 39 SGB V durchgeführt wurde

		1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus			
	optiert	2013	2014	2015	MW_1	2016	2017	2018	MW_2
Stationäre Anschlussheilbehandlung									
($n_1 = 17$, $n_2 = 17$)	gesamt	79,6	82,9	86,4	83,0	18,9	19,7	23,6	20,7
($n_1 = 4$, $n_2 < 3$)	nein*	49,2	53,9	61,0	54,7				
($n_1 = 13$, $n_2 = 16$)	ja	110	112	112	111	37,9	39,4	47,1	41,5
Ambulante Versorgungsformen									
($n_1 = 18$, $n_2 = 17$)	gesamt	960	958	1 072	997	592	579	582	584
($n_1 = 4$, $n_2 < 3$)	nein*	907	907	911	908				
($n_1 = 14$, $n_2 = 16$)	ja	1 014	1 009	1 232	1 085	488	447	436	457
Überleitungspflege									
($n_1 = 14$, $n_2 = 14$)	gesamt	66,8	62,9	90,1	73,2	82,5	75,0	63,1	73,5
($n_1 = 3$, $n_2 < 3$)	nein*	38,7	34,6	37,6	37,0				
($n_1 = 11$, $n_2 = 13$)	ja	94,9	91,1	142,5	109,5	165,1	149,9	126,3	147,1
Unterstützte Beschäftigung bei Entlassung									
($n_1 = 14$, $n_2 = 13$)	gesamt	13,0	13,8	24,3	17,0	12,4	11,6	17,4	13,8
($n_1 = 3$, $n_2 < 3$)	nein*	2,5	3,5	3,6	3,2				
($n_1 = 11$, $n_2 = 13$)	ja	23,5	24,0	45,0	30,8	12,4	11,6	17,4	13,8

Anm.: * = Die Angaben sind an die Bettenanzahlen der Optionshäuser adjustiert. Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Unter den einzelnen Leistungen, die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 SGB V angewendet werden, werden zwischen 2013 und 2015 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 wurde die unterstützte Beschäftigung bei Entlassung mit durchschnittlich 17,0 Fällen p. a. durchgeführt (s. Tabelle 9.7). In den darauffolgenden Jahren 2016 bis 2018 werden insgesamt weiterhin die ambulanten Versorgungsformen am häufigsten angewendet. Die Anzahl der Fälle für die ambulanten Versorgungsformen (592; 579; 582) und die Überleitungspflege (82,5; 75,0; 63,1) sinken innerhalb des Forschungszyklus etwas ab.

Im ersten Forschungszyklus werden die einzelnen Leistungen in Optionshäusern durchgängig häufiger durchgeführt als in Nicht-Optionshäusern, stationäre Anschlussheilbehandlungen und Überleitungspflege werden doppelt bis dreimal so häufig durchgeführt. Bei der unterstützten Beschäftigung bei Entlassung übersteigt die mittlere Anzahl in Optionshäusern die in Nicht-Optionshäusern um knapp das Zehnfache (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.

Bezogen auf die adjustierten Fallzahlen setzt sich der Anstieg aus dem ersten Forschungszyklus aber auch im zweiten Forschungszyklus bei der stationären Anschlussheilbehandlung und der unterstützten Beschäftigung bei Entlassung fort. Im zweiten Forschungszyklus macht die stationäre Anschlussheilbehandlung bei den optierten Einrichtungen etwa sechs Prozent der Fälle aus, die ambulanten Versorgungsformen haben mit 69 Prozent den größten Anteil. Die Überleitungspflege ist mit 22 Prozent die zweithäufigste Form. Die unterstützende Beschäftigung bei Entlassung liegt bei ca. 2,4 Prozent.

Tabelle 9.8.: Mehraufwand für MitarbeiterInnen im medizinisch-pflegerischen Bereich durch PEPP in Minuten pro Fall

	1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus			
optiert	2013	2014	2015	MW_1	2016	2017	2018	MW_2
gesamt ($n_1 = 45$, $n_2 = 38$)	132	137	155	142	200	208	228	212
nein ($n_1 = 23$, $n_2 = 3$)	136	135	140	137	349	301	256	302
ja ($n_1 = 22$, $n_2 = 35$)	129	140	168	145	187	200	226	205

Anm.: Angabe von Mittelwerten. Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Beim PEPP-bedingten Mehraufwand für MitarbeiterInnen im medizinisch-pflegerischen Bereich geben die Optionshäuser über die Jahre steigende Werte an, d. h. durchschnittlich 129 zusätzliche Minuten pro Fall im Jahr 2013, 140 zusätzliche Minuten im Jahr 2014 und 168 zusätzliche Minuten pro Fall im Jahr 2015 (s. Tabelle 9.7). Im zweiten Forschungszyklus ist die Tendenz für den Mehraufwand weiter steigend. So geben die Optionshäuser für diesen Zeitraum einen Mehraufwand von durchschnittlich 187 Minuten im Jahr 2016 sowie jeweils 200 und 226 Minuten zusätzlich pro Fall in den Jahren 2017 und 2018 an.

Der Mehraufwand entsteht offensichtlich dauerhaft und reduziert sich nicht mit zunehmender Erfahrung. Bei den Nicht-Optionshäusern zeigt sich ein unstetes Bild, was durch die geringe Zahl an Meldungen erklärt werden kann.

Tabelle 9.9.: Häufigkeit eines gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Region

	optiert		nicht optiert		gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
1. Forschungszyklus (2013-2015)						
vorhanden	25	56,8	28	63,6	53	60,2
nicht vorhanden	19	43,2	16	36,4	35	39,8
2. Forschungszyklus (2016-2018)						
vorhanden	60	72,3	5	83,3	65	73,0
nicht vorhanden	23	27,7	1	16,6	24	27,0

Anm.: Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

53 von 88 Einrichtungen (60,2 Prozent) geben im ersten Forschungszyklus an, dass ein gemeindepsychiatrischer Verbund²⁸ in der Region existiert. Optionshäuser haben etwas seltener einen solchen Verbund in der Region als Nicht-Optionshäuser (25 vs. 28 bzw. 56,8 vs. 63,6 Prozent). Anders als noch im ersten Forschungszyklus haben Nicht-Optionshäuser einen derartigen Verbund über die Jahre 2016 bis 2018 wesentlich seltener in der Region als Optionshäuser (5 vs. 60 bzw. 83,3 Prozent vs. 72,3 Prozent).

Tabelle 9.10.: Bewertung gemeindepsychiatrischer Verbunde

	optiert		nicht optiert		gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
1. Forschungszyklus (2013-2015)						
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
2. Forschungszyklus (2016-2018)						
wesentlich	23	39,7	2	50,0	25	39,7
mittelmäßig	21	36,2	1	25,0	22	34,9
kaum	10	17,2	21	25,0	12	19,0
keine	4	6,9	0	0,0	4	6,3
Summe	58	100,0	54	100,0	63	100,0

Anm.: Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Im zweiten Forschungszyklus machen 63 von 89 Einrichtungen (70,8 Prozent) Angaben zum gemeindepsychiatrischen Verbund in der Region (s. Tabelle 9.10).

²⁸Ein gemeindepsychiatrischer Verbund ist ein verbindlicher Zusammenschluss der Erbringer von sozial-psychiatrischen Hilfeleistungen einer Region. Die im Einzelfall erforderlichen Hilfen werden im Bedarfsfall als integrierte Leistung auf der Grundlage gemeinsamer Planung und Abstimmung erbracht.

Die Bedeutung des gemeindepsychiatrischen Verbundes für die psychiatrische Versorgung der PatientInnen schätzen die Einrichtungen über die Jahre 2013 bis 2015 insgesamt eher hoch ein (s. Tabelle 9.10), 41,5 Prozent der Einrichtungen bezeichnen sie als „wesentlich“. Ein ähnliches Bild im Hinblick auf die Bedeutung des gemeindepsychiatrischen Verbunds für die psychiatrische Versorgung zeigt sich im zweiten Forschungszyklus. Insgesamt wird die Bedeutung über den Zeitraum 2016 bis 2018 von 39,7 Prozent der Einrichtungen, die einen solchen Verbund in ihrer Region haben, als „wesentlich“ eingeschätzt. Diese Einschätzung fällt bei den Nicht-Optionshäusern höher aus als bei den Optionshäusern (53,6 vs. 28,0 Prozent bzw. 50,0 vs. 39,7 Prozent).

Tabelle 9.11.: Relevanz der Netzwerke

	optiert		nicht optiert		gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
1. Forschungszyklus (2013-2015)						
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
2. Forschungszyklus (2016-2018)						
wesentlich	4	16,7	1	25,0	5	17,9
mittelmäßig	12	50,0	2	50,0	14	50,0
kaum	6	25,0	1	25,0	7	25,0
keine	2	8,3	0	0,0	2	7,1
Summe	24	100,0	4	100,0	28	100,0

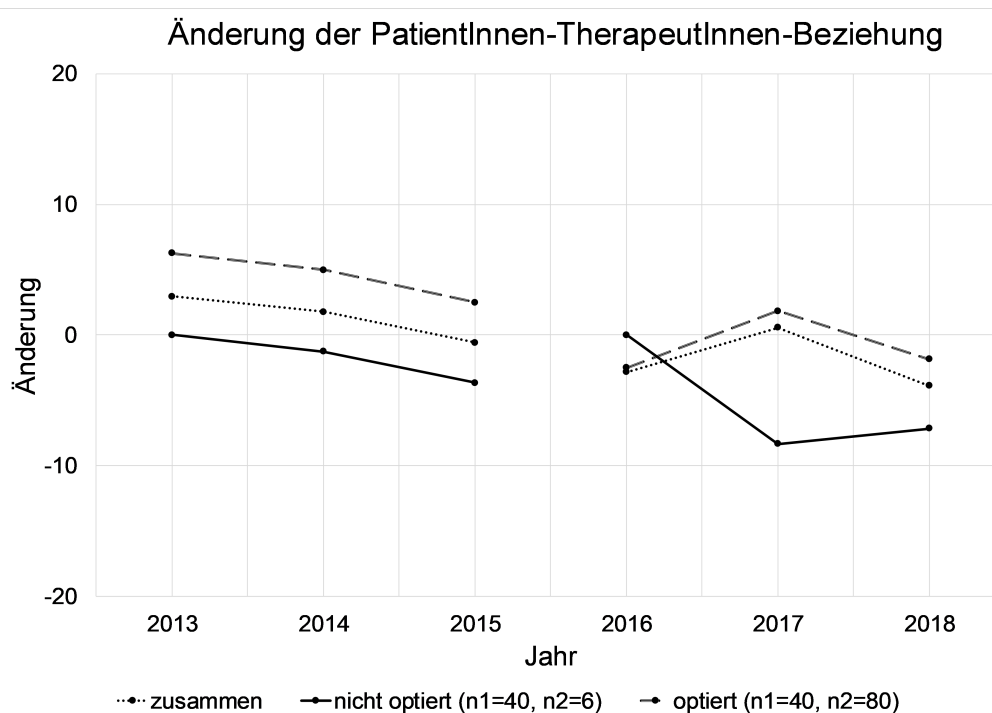
Anm.: Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Die Frage, ob sich im Zeitraum von 2013 bis 2015 wesentliche neue Netzwerke gebildet oder bestehende Netzwerke verändert haben, beantworten 14 von 83 (16,9 Prozent) Einrichtungen positiv, davon mehr Nicht-Optionshäuser als Optionshäuser (acht von 40, 18,2 Prozent vs. sechs 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. Über die Jahre 2016 bis 2018 beantworten 23 von 87 Einrichtungen (26,4 Prozent) die Frage, ob sich wesentliche neue Netzwerke gebildet oder bestehende Netzwerke verändert haben, positiv. Auch im zweiten Forschungszyklus machen diesen Anteil vermehrt optierte Einrichtungen aus (19 von 81, 21,8 Prozent vs. vier von sechs, 4,6 Prozent).

Die Relevanz der Netzwerke für die Versorgung der PatientInnen wird im ersten Forschungszyklus insgesamt überwiegend hoch bewertet. Im Zeitraum von 2013 bis 2015 bewerten 16 von 24 (66,7 Prozent) Einrichtungen die Netzwerke als „wesentlich“. Über die Jahre 2016 bis 2018 hingegen wird die Relevanz der Netzwerke für die Versorgung der PatientInnen insgesamt lediglich von fünf der 28 (17,9 Prozent) Einrichtungen als „wesentlich“

erachtet. Über diesen Zeitraum stuft dafür nun die Hälfte der Einrichtungen (14 von 28, 50,0 Prozent) die Relevanz der Netzwerke als „mittelmäßig“ ein (s. Tabelle 9.11). Diese Betrachtung gilt für beide Teilgruppen, sodass hieraus kein unmittelbarer Zusammenhang mit der PEPP-Einführung hergeleitet werden kann.



Anm.: Wertebereich: -100 (verschlechtert) bis 100 (verbessert). Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben. Da sich die Stichprobe der Befragten vom ersten auf den zweiten Forschungszyklus allerdings wesentlich verändert hat, sind die Datenpunkte in den Grafiken zwischen dem letzten Beobachtungsjahr des ersten Forschungszyklus und dem ersten Jahr des zweiten Forschungszyklus nicht verknüpft.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 9.1.: Änderung der PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung

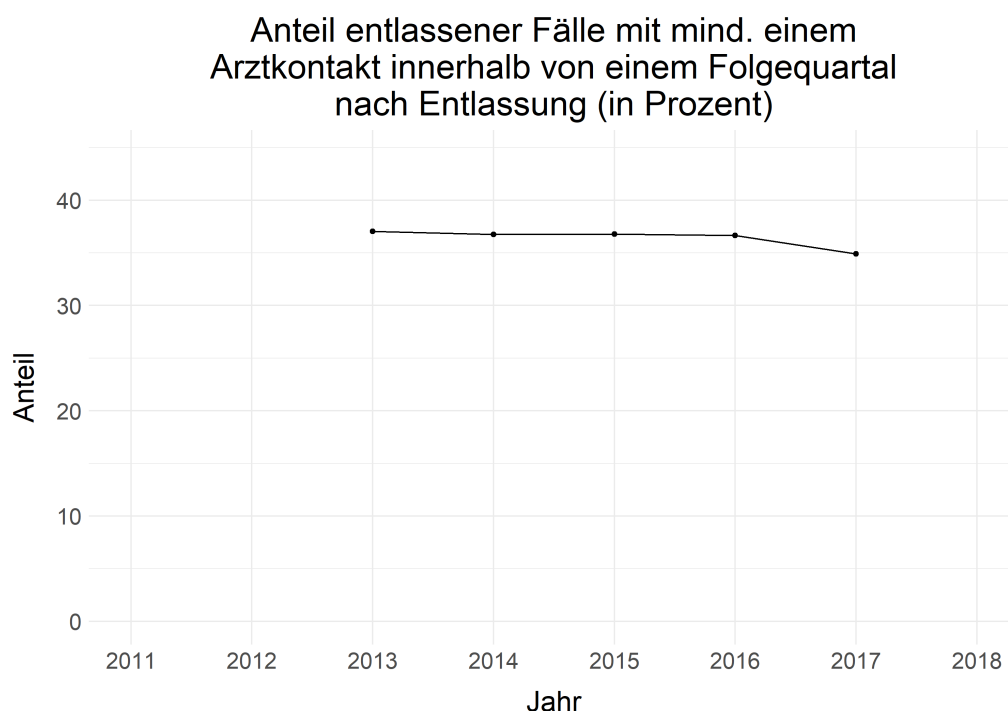
Die Einschätzungen der MitarbeiterInnen mit PatientInnenkontakt, inwieweit sich die PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehungen gegenüber dem jeweiligen Vorjahr verändert haben, wurden fünfstufig abgefragt. Zur Auswertung der Angaben wurden die Stufen wie folgt kodiert: „verschlechtert“ (-100), „leicht verschlechtert“ (-50), „unverändert“ (0), „leicht verbessert“ (50), „verbessert“ (100).

Zwischen 2013 und 2015 haben sich die PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehungen gegenüber den jeweiligen Vorjahren nur wenig verändert. Die mittleren Einschätzungen liegen insgesamt zwischen 2,94 und -0,58 mit einer leichten Abwärtstendenz über die betrachteten Jahre (s. Abbildung 9.1). Die Angaben der Einrichtungen zu PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehungen über die Jahre 2016 bis 2018 lassen erkennen, dass diese von den Einrichtungen insgesamt ebenfalls als eher unverändert eingestuft wurden. Dabei liegen die mittleren Einschätzungen der Einrichtungen in diesem Zeitraum zwischen 0,56 und -3,89.

Als Grund für die kaum wahrnehmbaren Veränderungen in den PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehungen wird im ersten Forschungszyklus 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.

Im zweiten Forschungszyklus werden unterschiedliche Angaben zu den Gründen für veränderte PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehungen gemacht. Dies sind bei negativer Bewertung der Entwicklung bspw. mehr Dokumentationsaufwand, Personalmangel, Sprachbarrieren (ausländisches Personal), hohe Fluktuationsrate, Honorarkräfte, Überbelegung, eine hohe Krankenquote und bedingt durch OPS eine sehr auf die Erfüllung der Kategorien fokussierte Behandlung. Bei den positiven Abweichungen werden Aspekte wie mehr TherapeutInnen, strukturierte Behandlungspläne, spezifisches Behandlungskonzept, stärkerer klientenzentrierter Ansatz, ein verbessertes Visitensystem, mehr therapeutische Spezialisierung und ein verbessertes Belegungsmanagement erwähnt.

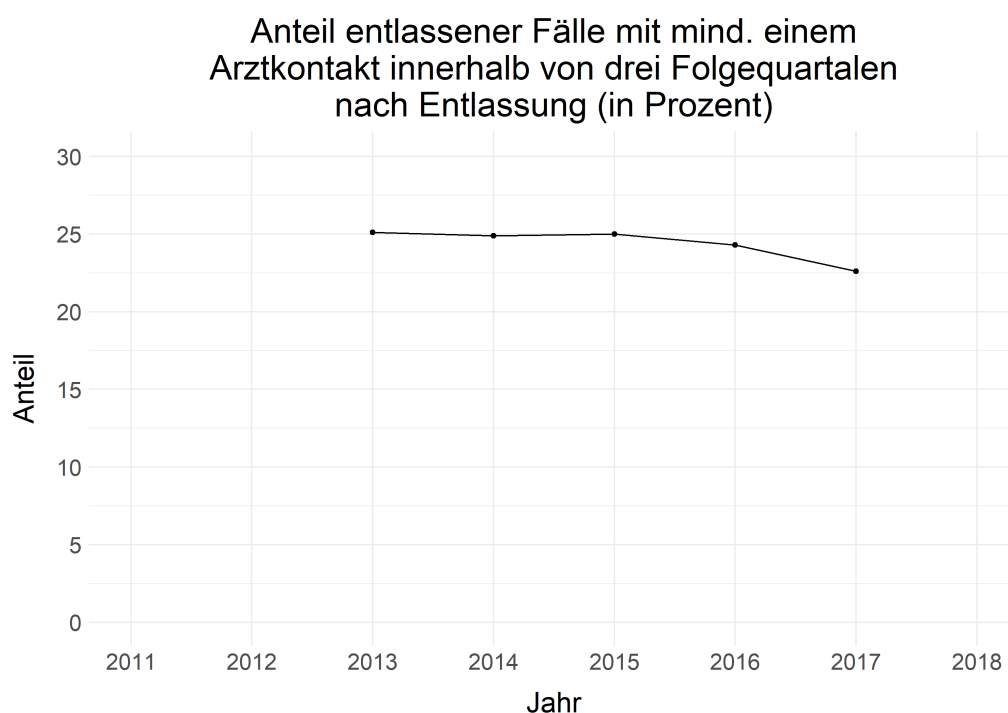
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



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

Abbildung 9.2.: Anteil entlassener Fälle mit mindestens einem Arztkontakt innerhalb von einem Folgequartal nach Entlassung (in Prozent)

Abbildung 9.2 zeigt den Anteil entlassener Fälle mit mindestens einem fachärztlichen Kontakt²⁹ innerhalb von einem Folgequartal nach Entlassung aus der stationären psychiatrischen Behandlung in den Jahren 2013 bis 2017. Im Jahr 2013 hatten 37,0 Prozent der im Segment „Psychiatrie und Psychosomatik“ behandelten Fälle (vgl. Kapitel 3.1.2) mindestens einen fachärztlichen Kontakt nach der Krankenhausentlassung. Im zeitlichen Verlauf sank dieser Anteil bis zum Jahr 2017 auf 34,9 Prozent. Während der Indikator in den Jahren 2013 bis 2016 einen relativ konstanten Verlauf aufwies und lediglich um 0,3 Prozentpunkte sank, war der Rückgang des betrachteten Anteils von 2016 auf 2017 mit 1,8 Prozentpunkten etwas höher. Über die gesamte Beobachtungsdauer gesehen sank der Anteil der entlassenen Fälle mit mindestens einem Arztkontakt innerhalb eines Folgequartals nach Entlassung um 2,1 Prozentpunkte.



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

Abbildung 9.3.: Anteil entlassener Fälle mit mindestens einem Arztkontakt innerhalb von drei Folgequartalen nach Entlassung (in Prozent)

Wenn der Zeitraum für den Übergang zur ambulanten Weiterbehandlung etwas umfangreicher (drei Folgequartale) gewählt wird, ergibt sich folgendes Bild. Der Anteil der aus dem Segment „Psychiatrie und Psychosomatik“ (vgl. Kapitel 3.1.2) entlassenen Fälle, die in den folgenden drei Quartalen jeweils mindestens einen Facharzt konsultiert haben, wird in Abbildung 9.3 gezeigt. Auch bei diesem Indikator ist zwischen den Jahren 2013 und 2017 ein Rückgang um 2,5 Prozentpunkte zu verzeichnen. Während der betrachtete Anteil

²⁹Bei der Berechnung des Indikators werden nur Kontakte mit FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen, Neurologie, Nervenheilkunde sowie psychologische PsychotherapeutInnen und psychotherapeutisch tätige ÄrztInnen berücksichtigt. Das Quartal, welches auf das der Entlassung folgt, ist als Folgequartal definiert.

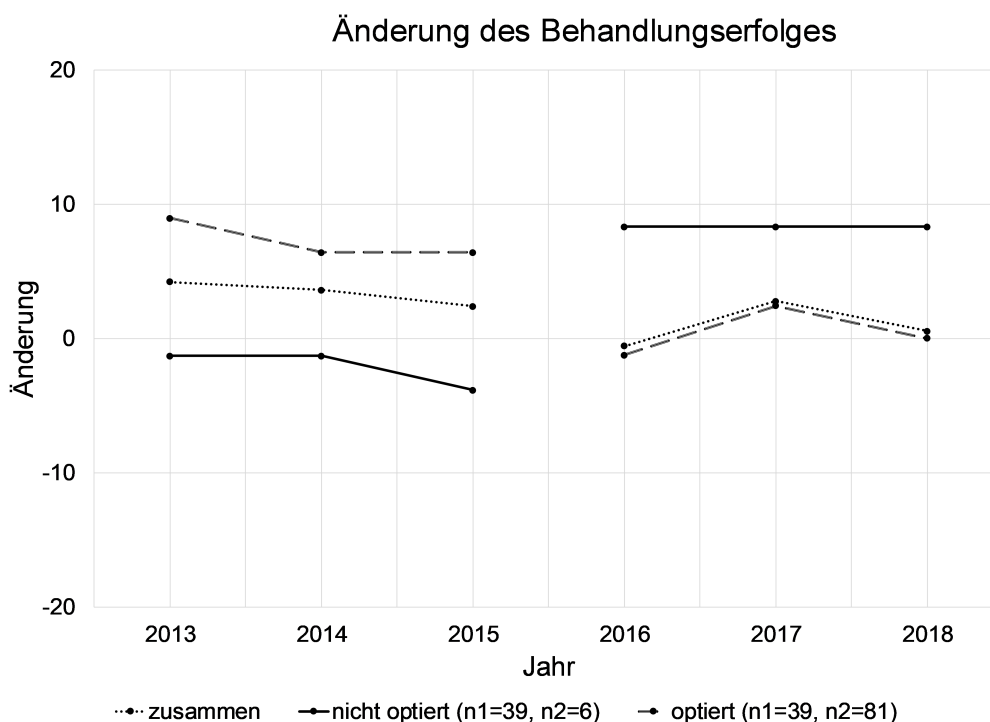
zwischen den Jahren 2013 und 2016 von 25,1 auf 24,3 Prozent um 0,8 Prozentpunkte nur leicht sinkt, beträgt er 2017 – in Folge eines weiteren Rückgangs um 1,7 Prozentpunkte – noch 22,6 Prozent. Die Gesamtentwicklung (–2,5 Prozentpunkte) ist demnach vor allem auf die Entwicklung im Jahr 2017 zurückzuführen.

Ein Vergleich mit der Vorperiode (2011 bis 2012) der Einführung des PEPP-Entgeltsystems ist mangels Datenverfügbarkeit für beide Indikatoren nicht möglich (s. Kapitel 3.1.2).

9.3. Ergebnisqualität

Deskriptive Analyse der Primärdaten

Die Einschätzung der MitarbeiterInnen mit PatientInnenkontakt, inwieweit 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). Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben. Da sich die Stichprobe der Befragten vom ersten auf den zweiten Forschungszyklus allerdings wesentlich verändert hat, sind die Datenpunkte in den Grafiken zwischen dem letzten Beobachtungsjahr des ersten Forschungszyklus und dem ersten Jahr des zweiten Forschungszyklus nicht verknüpft.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

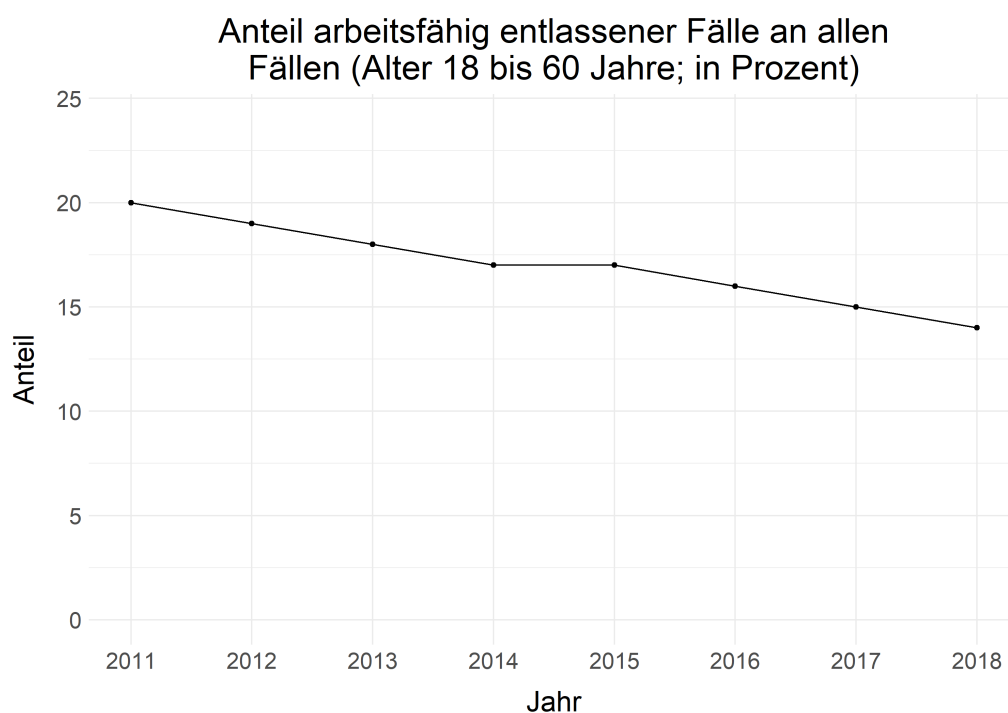
Abbildung 9.4.: Änderung des Behandlungserfolges

Bei der Einschätzung des Behandlungserfolges konzentrieren sich die Angaben auf die Stufe „unverändert“ mit einer leichten Tendenz zu „verbessert“ (s. Abbildung 9.4). Im

ersten Forschungszyklus wird der Behandlungserfolg in den Optionshäusern insgesamt etwas positiver bewertet als in den Nicht-Optionshäusern, im zweiten Forschungszyklus ist dies genau umgekehrt. Bei den Nicht-Optionshäusern werden zwischen den Jahren 2016 und 2018 keine nennenswerten Veränderungen beobachtet. Bei den Optionshäusern steigt der Wert von $-1,23$ im Jahr 2016 auf $2,44$ im Jahr 2017 und sinkt 2018 auf null.

Über beide Gruppen betrachtet melden die teilnehmenden Kliniken in 92 Prozent der Fälle keine Veränderung gegenüber dem Vorjahr. Bei den übrigen Einschätzungen werden etwa gleich viele positive und negative Abweichungen genannt (3,8 Prozent negative und 4,3 Prozent positive Abweichungen). Genannte Gründe für negative Abweichungen sind beispielsweise, dass sich durch die vermehrte Behandlung geflüchteter Menschen der Druck auf die MitarbeiterInnen erhöht, der Wunsch nach Bescheinigungen, Gutachten und Attesten und dass die therapeutische Arbeit durch die oft drohende Abschiebegefahr und einen ungeklärten Aufenthaltsstatus deutlich erschwert wird. Der Personalmangel, schlechtere ambulante Versorgungsmöglichkeiten und Sprachbarrieren sind hier ebenfalls genannte Aspekte. Als Gründe für positive Abweichungen werden bessere räumliche Bedingungen, strukturierte Behandlungspfade und mehr TherapeutInnen genannt.

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

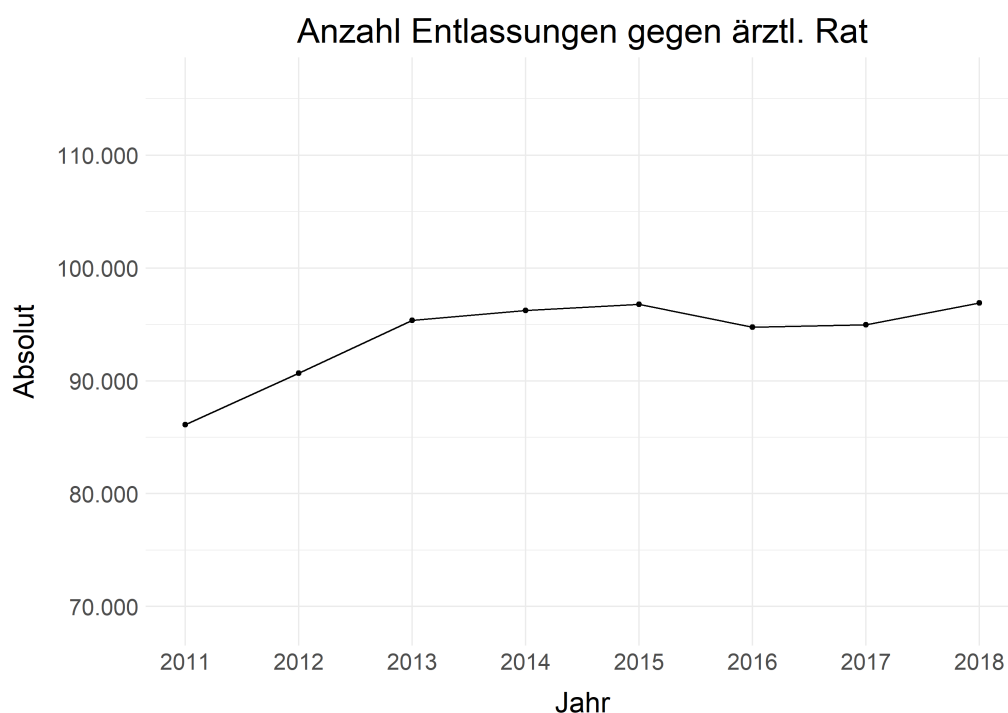


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 9.5.: Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent)

Abbildung 9.5 zeigt den Anteil der arbeitsfähig entlassenen Fälle in den Jahren 2011 bis 2018. Im Jahr 2011 wurden 19,6 Prozent der im PEPP-Entgeltbereich aus der sta-

tionären Behandlung entlassenen PatientInnen, die zwischen 18 und 60 Jahren alt waren, als „arbeitsfähig“ eingestuft. Im zeitlichen Verlauf sank dieser Indikator bis zum Jahr 2018 auf 14,4 Prozent, also um 5,2 Prozentpunkte. Der Rückgang folgt einem konstanten Trend mit jährlichen Änderungsraten zwischen $-0,9$ (2016 auf 2017) und $-0,5$ (2015 auf 2016) Prozentpunkten. Getrieben wurde die Reduktion des Anteils arbeitsfähig entlassener Fälle über den gesamten Beobachtungszeitraum des zweiten Forschungszyklus maßgeblich von Krankenhäusern mit Tageskliniken ($-5,4$ Prozentpunkte) und Einrichtungen mit Psychiatrischen Institutsambulanzen ($-5,2$ Prozentpunkte). Für Krankenhäuser ohne Tagesklinik sank der betrachtete Anteil im Beobachtungszeitraum von 20,3 auf 18,4 Prozent, was einem vergleichsweise moderaten Rückgang um 1,9 Prozentpunkte entspricht. Differenziert man den Indikator nach Hauptdiagnosen, zeigt sich, dass der Anteil arbeitsfähig entlassener PatientInnen, für die eine Hauptdiagnose aus dem Bereich der „psychischen und Verhaltensstörungen“ (ICD-10 „F“-Diagnose) kodiert wurde, deutlich unter dem Durchschnitt aller im PEPP-Entgeltbereich entlassenen Fälle liegt. Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter <https://bfpsyqb.inek.org/#/?indicator=5901&critterion=Gesamt> abgerufen werden.



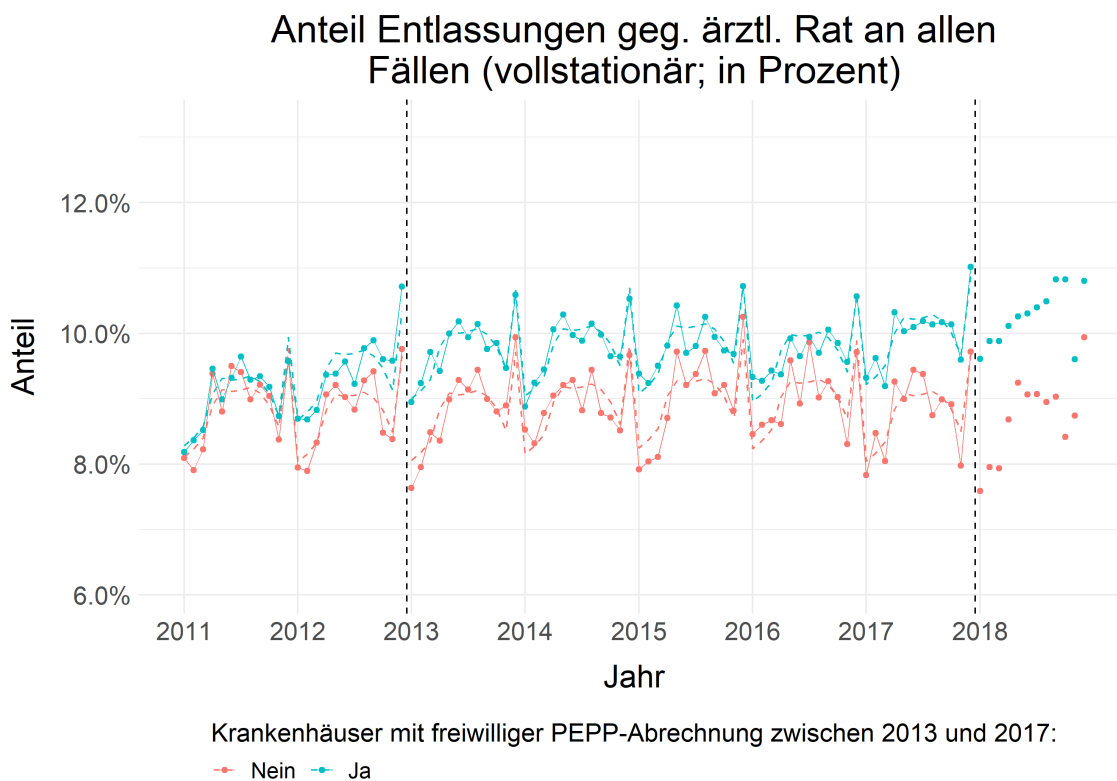
Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 9.6.: Anzahl Entlassungen gegen ärztlichen Rat

Die Anzahl der Fälle mit dem Entlassgrund „Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet“ stieg im Beobachtungszeitraum von 86 122 auf 96 909 um insgesamt 12,5 Prozent an (s. Abbildung 9.6). 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 2018 9,1 Prozent. Das entspricht einer Zunahme um 0,8 Prozentpunkte. Der Indikator

kann in dieser Differenzierungsebene unter <https://bfpsyqb.inek.org/#/?indicator=5402&criterion=Entlassgrund> 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 2017 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abgerechnet haben (orange Punkte und durchgezogene Linie), dargestellt. Die gestrichelten Linien visualisieren die auf Basis des statistischen Modells geschätzten Indikatorwerte für jede Gruppe. Die grünen und orangenen Beobachtungen im Jahr 2018 sind in dem statistischen Modell nicht berücksichtigt (vgl. Kapitel 3.3.4).

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

Abbildung 9.7.: Anteil Entlassungen gegen ärztlichen Rat an allen Fällen (vollstationär; in Prozent)

Beim Anteil der Entlassungen gegen ärztlichen Rat offenbart sich ein leichter Niveauunterschied zwischen PEPP- und TGPS-Krankenhäusern (vgl. Abbildung 9.7). Wenngleich der Indikator starken saisonalen Schwankungen unterliegt, so folgt er über einen längeren Zeitraum betrachtet nur einem schwachen Trend bzw. bleibt konstant.

Dieser Eindruck wird durch die inferenzstatistische Auswertung bestätigt (s. Tabelle G.8). PEPP-Krankenhäuser weisen grundsätzlich einen um 0,4 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 ($p < 0,001$). Ein zeitlicher Trend ist – wie bereits auf Basis der visuellen Analyse vermutet – statistisch

nicht zu belegen ($p > 0,1$). Dahingegen konnte ein statistisch signifikanter Effekt für die PEPP-Optionshäuser im Zeitraum nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems (2013 bis 2017) identifiziert werden. In dieser Gruppe stieg der Anteil der Entlassungen gegen ärztlichen Rat um durchschnittlich 0,5 Prozentpunkte im Vergleich mit der TGPS-Kontrollgruppe ($p < 0,001$).

Auch für diesen Indikator wurde eine weitere Regression durchgeführt, bei der für die Hauptdiagnosen der PatientInnen kontrolliert wird. Der statistisch signifikante Ausgangsunterschied zwischen den beiden Gruppen bleibt dabei bestehen. Im Gegensatz zur Hauptanalyse ist hier bei dieser Modellspezifikation ein positiver Zeittrend erkennbar (+0,4 Prozentpunkte pro Monat, $p < 0,001$). 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

Insgesamt ist der Erfüllungsgrad des Personalbedarfs nach Psych-PV im zweiten Forschungszyklus höher als im ersten und liegt für fast alle Berufsgruppen bei über 100 Prozent. Nur die Berufsgruppen Ergotherapie und Sprachtherapie liegen in beiden Forschungszyklen leicht unterhalb der 100-Prozent-Marke. Die gefundenen Unterschiede in den Prozessen und Strukturmerkmalen zwischen den Einrichtungen, die zwischen 2013 und 2018 optiert haben, und denen, die in der Zeitspanne nicht optiert haben, fallen bei den abgefragten Krankenhausprozessen überwiegend gering aus. Teilweise sind zwischen den beiden Forschungszyklen und den beiden Gruppen gegenläufige Effekte zu beobachten. Aufgrund der geringen Stichprobengröße der Nicht-Optionshäuser sind diese allerdings nur eingeschränkt zu interpretieren.

Während viele Qualitätsindikatoren über beide Forschungszyklen in etwa konstant geblieben sind, hat sich der Anteil der Einrichtungen, die Entlassungschecklisten und -leitfäden einsetzen, im Zeitverlauf deutlich erhöht. Dies könnte in Verbindung mit der zunehmenden Zahl von über PEPP abgerechneten Fällen gebracht werden, wobei sich ein ursächlicher Zusammenhang nicht ableiten lässt.

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 in beiden Zyklen in etwa gleich hoch eingestuft.

In Bezug auf die Bewertung der PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung und der Ergebnisqualität ergibt sich über die Zeit eine hohe Stabilität. Bezüglich der Verschlechterungen werden ein höherer Dokumentationsaufwand, Sprachbarrieren durch ausländisches Personal, Überbelegung, Wiederaufnahmen sowie höhere Belastung durch Geflüchtete genannt. Bei positiven Abweichungen werden strukturierte Behandlungspfade, und mehr therapeu-

tisches Personal hervorgehoben. Hierbei handelt es sich zum Teil um externe Effekte, die nicht ursächlich mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems in Zusammenhang stehen. Ergänzend zur Primärdatenanalyse wurde anhand von Sekundärdaten die Entwicklung der Prozess- und Ergebnisqualität untersucht. Bei beiden Indikatoren, die den Anteil von Fällen messen, die im Anschluss an eine Entlassung aus dem Krankenhaus fachärztlich weiterbehandelt wurden, war ein Rückgang festzustellen, der vor allem auf die Entwicklung im Jahr 2017 zurückzuführen ist. Ob und wann eine ambulante Anschlussbehandlung nach Entlassung aus der stationären Psychiatrie oder Psychosomatik in Anspruch genommen wird, hängt von vielen Faktoren ab. Hier spielen Strukturen der ambulanten Versorgung wie z. B. die Wartezeit auf einen Termin und auch die Arztdichte eine Rolle [66]. Abschließend kann hier maximal von einem leichten Trend gesprochen werden, ein Zusammenhang mit der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems lässt sich schon deshalb nicht ableiten, weil für den Indikator die Jahre 2011 und 2012 nicht beobachtbar waren.

Gemessen am Rückgang des Anteils der als arbeitsfähig entlassenen Fälle ist eine leichte Tendenz zur Verschlechterung in Bezug auf patientInnenrelevante, funktionale Outcomes zu vermuten. Da der Verlauf des Indikators über den gesamten Beobachtungszeitraum einem konstanten Abwärtstrend folgt, kann kein Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems hergestellt werden. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch Wells et al. [67], die den Effekt der Einführung eines prospektiven Vergütungssystems auf den klinischen Zustand depressiver PatientInnen bei Entlassung untersuchten (s. Kapitel 2.6). Die Autoren schlussfolgern, dass die Intervention keinen signifikanten Einfluss auf das betrachtete Outcome hat. Einschränkend ist anzumerken, dass die Evidenzstärke des Indikators zur Operationalisierung des Gesundheitszustands der PatientInnen eher gering ist, da der Vermerk „arbeitsfähig entlassen“ allenfalls eine unverbindliche Empfehlung der behandelnden ÄrztInnen darstellt. Dies ist darin begründet, dass es im klinischen Alltag eine eher untergeordnete Rolle spielt, ob PatientInnen arbeitsfähig entlassen werden oder nicht, denn in der Regel folgt auf die stationäre Entlassung zunächst eine ambulante Nachbehandlung. Die Ausstellung der formalen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und damit die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgen dann durch die niedergelassenen KollegInnen in der ambulanten Versorgung.

Ergänzend hierzu wurde auch der prozentuale Anteil der Fälle, welche die Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet haben, näher untersucht. Zwar wird ein signifikant unterschiedlicher Verlauf des Indikators zwischen der Gruppe der Optionshäuser und der Gruppe der Nicht-Optionshäuser für 2013 bis 2017 ermittelt, bei Adjustierung für die Hauptdiagnosen der PatientInnen ist dieser Effekt jedoch statistisch nicht mehr nachweisbar ($p > 0,1$). Der Einfluss von sozioökonomischen und krankheitsspezifischen PatientInnencharakteristika auf die Entscheidung zur Beendigung einer Behandlung gegen ärztlichen Rat ist in der bestehenden Literatur ebenfalls dokumentiert [33]. 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 [53]. In der untersuchten Stichprobe liegt der Anteil an PatientInnen, der sich gegen ärztliche Weisung selbst entlässt, in dieser Grup-

pe mit 18,5 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 Ende des zweiten Forschungszyklus und in der Gesamtschau der untersuchten Indikatoren und Datenjahre kann somit keine Veränderung der Qualität in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung nachgewiesen werden, die im zeitlichen Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems steht.

10. Sonstige Veränderungen in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Weitere Bereiche, die von Änderungen der Vergütungssystematik potenziell 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 [5]. 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-Krankenhäuser 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 Datennannahme, Grouper- bzw. Abrechnungssoftware). Zweitens sind Veränderungen bei der Personalausstattung wahrscheinlich (z. B. Erweiterungen des ärztlichen Dienstes), da die Einführung von PEPP auch weitreichende Auswirkungen auf die gesamte Organisation der Fallprüfungen haben kann. 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 Krankenhaustypen³⁰ 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, der 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

	1. Forschungszyklus			2. Forschungszyklus		
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Anzahl EFP (Einr. mit PEPP)	11	17	27	50	59	69
Nach PEPP abgerechn. Fälle pro Haus	958	2 416	2 282	2 986	2 768	2 635
Anteil EFP an Gesamtfällen	2,6	4,8	5,5	7,0	9,3	12,4
Anzahl EFP (Einr. mit TGPS)	54	42	40	30	22	11
Nach TGPS abgerechn. Fälle pro Haus	2 475	2 398	2 509	1 727	1 889	1 796
Anteil EFP an Gesamtfällen	3,8	3,9	3,7	3,0	1,8	0,8

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Der Anteil an Einzelfallprüfungen durch den MDK verändert sich bei nach TGPS abgerechneten Fällen von 2013 bis 2015 nur in einem engen Rahmen (s. Tabelle 10.1). Im zweiten Forschungszyklus fällt der Anteil der Einzelfallprüfungen von 2016 bis 2018 auf lediglich 0,8 Prozent, was einen Rückgang im Vergleich zum ersten Forschungszyklus darstellt.

Bei nach PEPP abgerechneten Fällen steigen dagegen die Fallzahlen je Einrichtung von 2013 auf 2014 deutlich an, um im Jahr 2015 wieder leicht auf 2 282 abzufallen. Der Anteil der Einzelfallprüfungen steigt kontinuierlich von 2,6 Prozent im Jahr 2013 über 4,8 Prozent im Jahr 2014 auf 5,5 Prozent im Jahr 2015 und übertrifft damit ab 2014 die Prüfquoten der nach TGPS abgerechneten Fälle. Demgegenüber fallen im zweiten Forschungszyklus

³⁰ Allgemeine Krankenhäuser, sonstige Krankenhäuser (z. B. Krankenhäuser mit psychiatrischen, psychotherapeutischen, neurologischen und geriatrischen Betten), Bundeswehrkrankenhäuser.

die nach PEPP abgerechneten Fälle je Einrichtung von 2 986 im Jahr 2016 auf 2 635 Fälle im Jahr 2018 ab, womit diese Angaben stets über dem Niveau des ersten Forschungszyklus liegen. Der Anteil der Einzelfallprüfungen steigt auch von 2016 bis 2018, von 7,0 Prozent im Jahr 2016 auf 12,4 Prozent im Jahr 2018.

Tabelle 10.2.: Mittlere Anzahl Einzelfallprüfungen und Anteile (in Prozent) an Korrekturen und Streichungen bei nach PEPP abgerechneten Fällen

	1. Forschungszyklus			2. Forschungszyklus		
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PEPP-Anzahl Einzelfallprüfungen	24,9	98,6	112,2	216,9	227,3	260,9
davon Anteil an						
Korrekturen der						
Bewertungsrelationen	25,0	17,6	19,0	20,1	20,0	15,7
Korrekturen der Verweildauer						
inkl. primäre Fehlbelegung	23,8	11,3	11,0	15,2	15,2	13,1
Streichungen von						
Zusatzentgelten	4,6	2,2	2,5	3,0	3,1	1,3
Streichungen ergänzender						
Tagesentgelte	7,7	4,9	14,6	14,8	13,0	8,5
allen Korrekturen und						
Streichungen	58,7	34,7	45,2	48,4	45,0	33,9
TGPS-Anzahl Einzelfallprüfungen	46,0	43,4	35,9	42,0	42,3	25,3
davon Anteil an						
Korrekturen der Verweildauer	13,4	10,2	20,2	10,4	11,9	13,6

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Mit der steigenden Anzahl der 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 ausfallen (25,0 Prozent bzw. 23,8 Prozent). Bis 2015 sinken die Anteile für diese Prüfungsvarianten deutlich (auf 19,0 Prozent bzw. 11,0 Prozent im Jahr 2015). Auch im zweiten Forschungszyklus zeigen sich eine stetig steigende mittlere Anzahl von Einzelfallprüfungen und hohe Anteile an Korrekturen der Bewertungsrelationen sowie der Verweildauer inklusive primärer Fehlbelegung im ersten Jahr des Forschungszyklus. Allerdings liegt der Anteil mit 20,1 Prozent und 15,2 Prozent im Jahr 2016 auf einem niedrigeren Niveau als im Jahr 2013. Auch im zweiten Forschungszyklus sinkt der Anteil der Korrekturen der Bewertungsrelationen bzw. der Verweildauer inklusive primärer Fehlbelegung im Verlaufe der Jahre, im Jahr 2018 liegt er bei 15,7 bzw. 13,1 Prozent.

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 Prozent und 34,7 Prozent. Im zweiten Forschungszyklus sinken die Anteile von allen Korrekturen und Streichungen der nach PEPP abgerechneten Fälle von 48,4 Prozent auf 33,9 Prozent im Jahr 2018.

Bei den nach TGPS abgerechneten Fällen nimmt die Anzahl der Einzelfallprüfungen im ersten Forschungszyklus kontinuierlich ab, während der Anteil der Korrekturen über die Jahre 2013 bis 2015 zwischen 10,2 Prozent und 20,2 Prozent variiert. Auch im zweiten Forschungszyklus ist ein Rückgang der mittleren Anzahl der Einzelfallprüfungen von nach TGPS abgerechneten Fällen zu beobachten; von einem Anteil von 42,3 Prozent im Jahr 2017 ist der Rückgang auf 25,3 Prozent im Jahr 2018 besonders deutlich. Der Anteil der Korrekturen der Verweildauer nimmt über die Jahre 2016 bis 2018 von 10,4 Prozent auf 13,6 Prozent leicht zu.

Tabelle 10.3.: Mittlere Anzahl Einzelfallprüfungen, Klageverfahren und Anteil (in Prozent) an Klageverfahren

	1. Forschungszyklus			2. Forschungszyklus		
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PEPP						
Anzahl Einzelfallprüfungen	24,9	98,6	112,2	216,9	227,3	260,9
Anzahl Klageverfahren	1,1	3,6	7,2	11,8	13,0	6,1
Anteil Klageverfahren	4,8	3,1	8,6	5,0	4,4	1,9
TGPS						
Anzahl Einzelfallprüfungen	46,0	43,4	35,9	42,0	42,3	25,3
Anzahl Klageverfahren	1,3	1,0	0,8	0,8	0,9	0,3
Anteil Klageverfahren	2,0	0,9	2,5	2,5	3,7	5,4

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Die durchschnittliche Anzahl der Einzelfallprüfungen von nach PEPP abgerechneten Fällen nimmt in beiden Forschungszyklen deutlich zu. Waren es 2013 noch 24,9, so sind es im Jahr 2015 bereits 112,2 Einzelfallprüfungen. Im zweiten Forschungszyklus nimmt die durchschnittliche Anzahl der Einzelfallprüfungen von 216,9 im Jahr 2016 auf 260,9 im Jahr 2018 zu. Im Gegensatz hierzu steht die Anzahl der Einzelfallprüfungen der nach TGPS abgerechneten Fälle, diese sinkt im ersten Forschungszyklus von durchschnittlich 46,0 im Jahr 2013 auf durchschnittlich 35,9 im Jahr 2015. Auch im zweiten Forschungszyklus sinkt die Anzahl der Einzelfallprüfungen der nach TGPS abgerechneten Fälle von durchschnittlich 42,0 im Jahr 2016 auf durchschnittlich 25,3 im Jahr 2018.

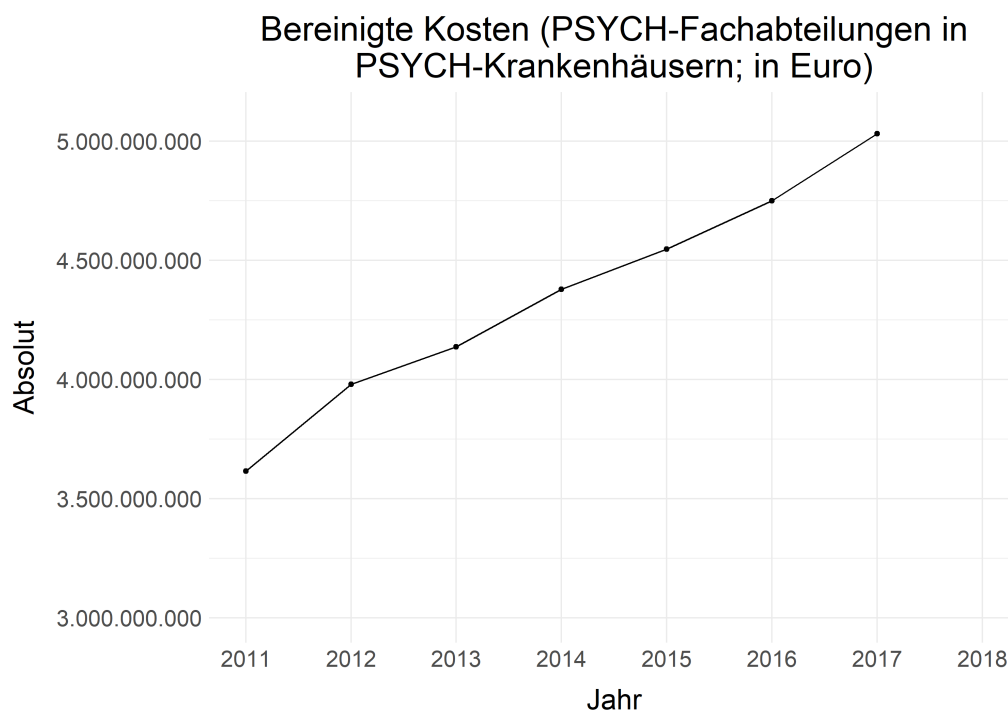
Die mittlere Anzahl der Klageverfahren nimmt bei den PEPP-Fällen im ersten Forschungszyklus über die Jahre kontinuierlich von durchschnittlich 1,1 Fällen im Jahr 2013 über 3,6 Fälle im Jahr 2014 auf 7,2 Fälle im Jahr 2015 zu (s. Tabelle 10.3). Auch im zweiten Forschungszyklus steigt die mittlere Anzahl an Klageverfahren in den Jahren 2016 bis 2017 zunächst auf 13,0 Fälle an. Im Jahr 2018 sinkt die Anzahl dann jedoch um mehr als die Hälfte auf 6,1 Fälle ab.

Im Zeitraum von 2013 bis 2015 sinkt die Anzahl der Klageverfahren bei nach TGPS abgerechneten Fällen stetig von durchschnittlich 1,3 Fällen im Jahr 2013 auf 0,8 Fälle im Jahr 2015. Diese Anzahl an Klageverfahren bleibt zunächst im zweiten Forschungszyklus für die Jahre 2016 und 2017 relativ konstant (0,8 und 0,9). Jedoch sinkt auch bei den nach TGPS abgerechneten Fällen im Jahr 2018 die mittlere Anzahl der Klageverfahren deutlich (0,3). Der Anteil der Klageverfahren an den Einzelfallprüfungen der nach PEPP (TGPS)

abgerechneten Fälle sinkt im ersten Forschungszyklus von zunächst 4,8 (2,0) Prozent im Jahr 2013 auf 3,1 (0,9) Prozent im Jahr 2014, um dann im Folgejahr 2015 wieder auf 8,6 (2,5) Prozent anzusteigen. Im zweiten Forschungszyklus unterscheiden sich die Anteile der Klageverfahren ebenfalls zwischen den nach PEPP und TGPS abgerechneten Fällen (s. Tabelle 10.3). Die Anteile der Klageverfahren bei PEPP-Fällen sinken über die Jahre 2016 bis 2018 von 5,0 Prozent über 4,4 Prozent auf 1,9 Prozent. Im Gegensatz dazu steigen die Anteile der Klageverfahren bei den nach TGPS abgerechneten Fällen im Betrachtungszeitraum 2016 bis 2018 stetig an (2,5; 3,7; 5,4 Prozent).

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

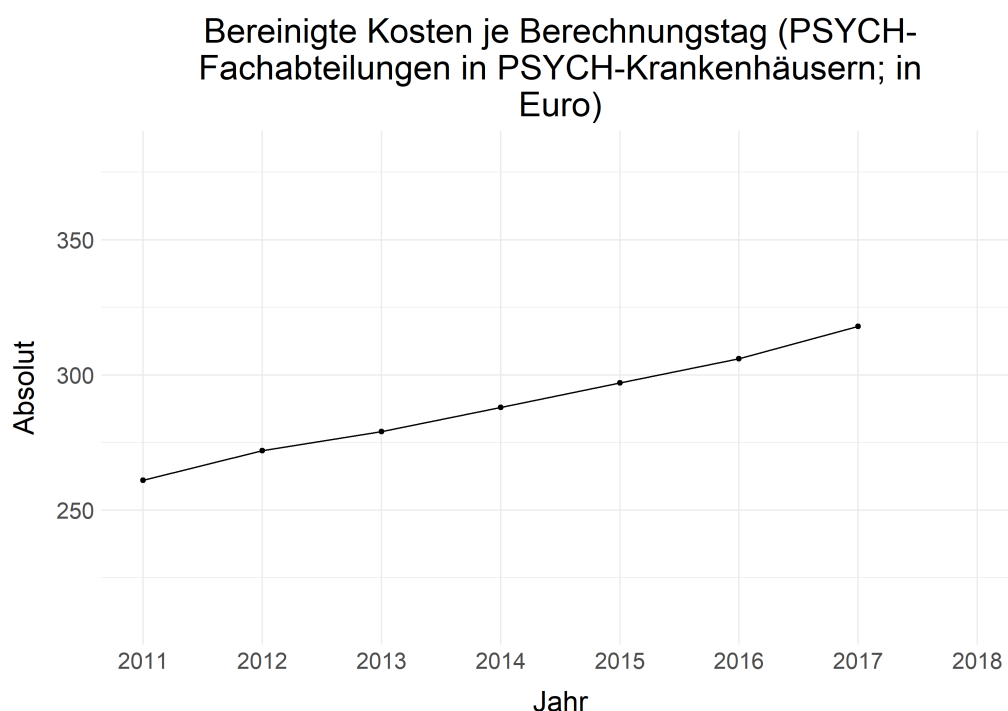
Die Kosten der Krankenhäuser werden grundsätzlich nach dem sogenannten Bruttoprinzip ermittelt. Das bedeutet, dass auch nicht-stationäre Kosten (z. B. Kosten für Personalunterkunft und -verpflegung, Hilfsbetriebe, wissenschaftliche Forschung und Lehre, ambulante Leistungen von ÄrztInnen des Krankenhauses, 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 2017 aus. Diese betrugen 3 616 023 230 Euro im Jahr 2011 und 5 030 261 610 Euro im Jahr 2017. Allerdings sind die bereinigten Kosten bereits in der Periode vor dem Analysezeitraum der vorliegenden Begleitforschung von 3 166 321 323 Euro im Jahr 2008 auf 3 455 698 640 Euro im Jahr 2010 gestiegen, was einem Anstieg um 9,1 Prozent entspricht. Für das Jahr 2018 sind zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Endberichts noch keine Daten verfügbar.



Datenquelle: Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.3.

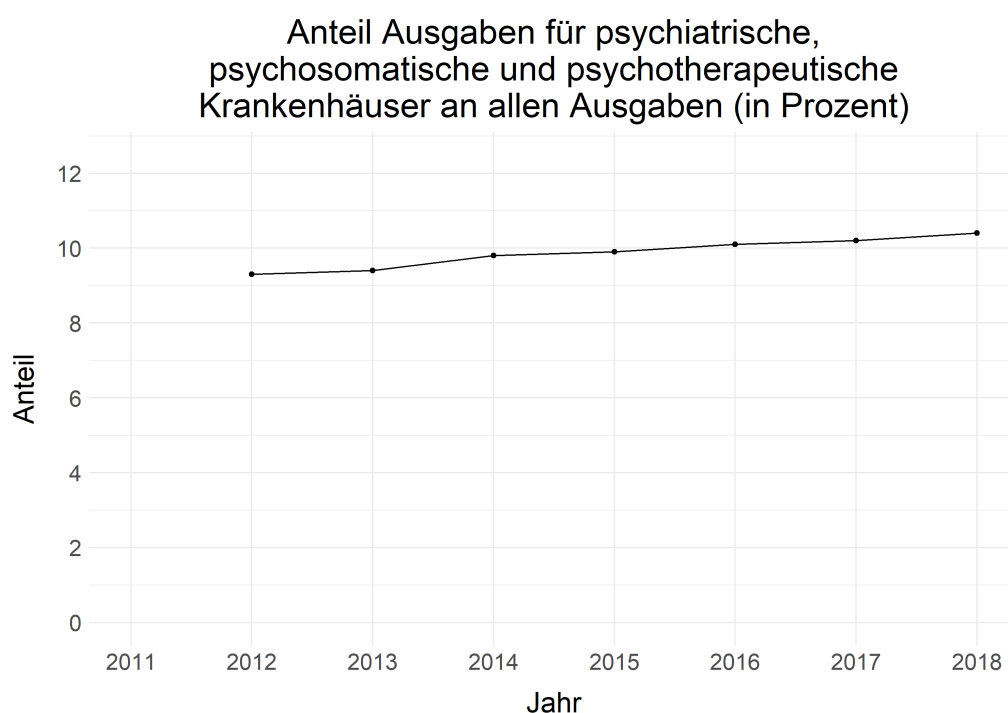
Abbildung 10.2.: Bereinigte Kosten je Berechnungstag (Psych-Fachabteilungen in Psych-Krankenhäusern; in Euro)

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 2017 hinweg jedoch nur mit großer Vorsicht zu interpretieren. Der Indikator kann unter <https://bfpsyqb.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 Krankenhausbehandlungen 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 Behandlung (Konto 4603) sowie der Ausgaben für vor- und nachstationäre psychiatrische Krankenhausbehandlungen (Konto 4613) bis einschließlich 2011 nicht erfolgt ist.



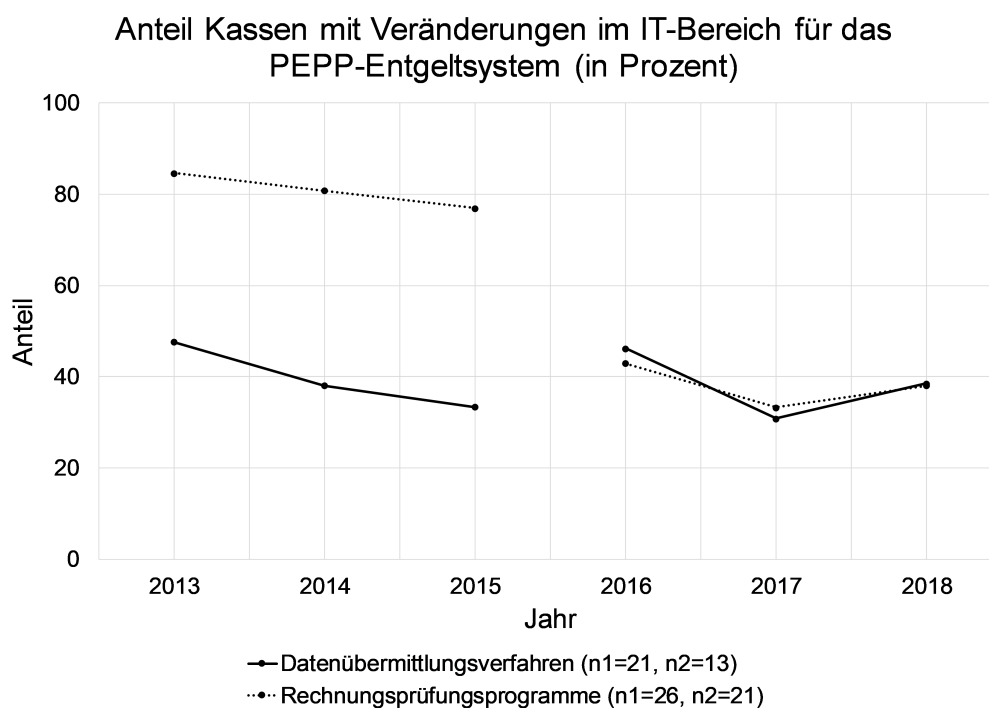
Datenquelle: BMG, Daten der KJ1-Statistik.

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 7 577 680 445 Euro für das Jahr 2018. 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 Prozent und im Jahr 2018 10,4 Prozent (+1,1 Prozentpunkte). Der Indikator kann unter <https://bfpsyqb.inek.org/#/?indicator=6302&criterion=Gesamt> online abgerufen werden.

10.3. Strukturen von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen

Deskriptive Analyse der Primärdaten



Anm.: Da sich die Stichprobe der Befragten vom ersten auf den zweiten Forschungszyklus wesentlich verändert hat, sind die Datenpunkte in den Grafiken zwischen dem letzten Beobachtungsjahr des ersten Forschungszyklus und dem ersten Jahr des zweiten Forschungszyklus nicht verknüpft. Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

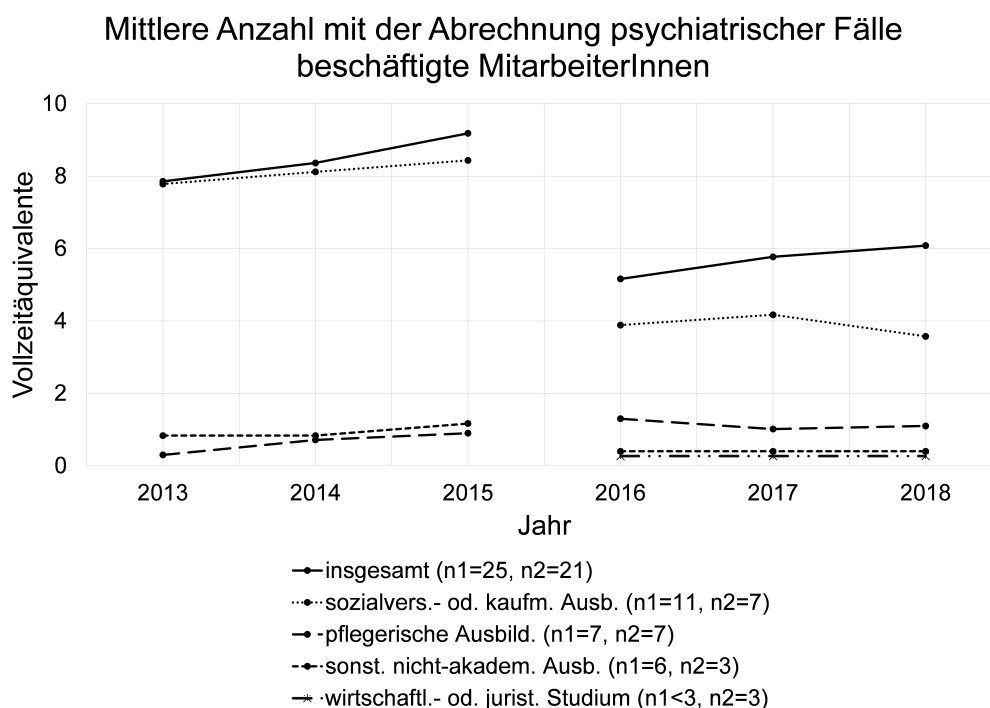
Abbildung 10.4.: Anteil Kassen mit Veränderungen im IT-Bereich für das PEPP-Entgeltsystem (in Prozent)

Mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems nehmen die Krankenkassen bzw. Krankenversicherungsunternehmen in ihrem IT-Bereich Veränderungen vor, die sich insbesondere auf die Bereiche der Hardware- und Software-Ausstattung beziehen. Zehn von 21 (47,6 Prozent) der teilnehmenden Krankenkassen bzw. Krankenversicherungsunternehmen geben an, im Jahr 2013 Veränderungen bei den Datenübermittlungsverfahren durchgeführt zu haben. Im Jahr 2014 setzen acht von 21 (38,1 Prozent) Teilnehmern solche Veränderungen um. Sieben von 21 Teilnehmern (33,3 Prozent) tun dies im Jahr 2015 (s. [Abbildung 10.4](#)).

Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems veranlasst vier von 26 Teilnehmern (15,4 Prozent) dazu, im Zeitraum von 2013 bis 2015 wesentliche Investitionen im IT-Bereich vorzunehmen. Die Teilnehmer nennen hier zumeist die Beschaffung von Software-Lösungen. Zudem geben drei von 26 Teilnehmern (11,5 Prozent) an, dass ihre IT-Strukturen wesentlich verändert werden mussten. Auch hier stehen Änderungen bei der Software im

Vordergrund. Im zweiten Forschungszyklus geben 46,2 Prozent der teilnehmenden Krankenkassen bzw. Krankenversicherungsunternehmen an, im Jahr 2016 Veränderungen bei den Datenübermittlungsverfahren durchgeführt zu haben. Dieser Anteil sinkt über die Jahre auf 30,8 Prozent im Jahr 2017 und steigt dann leicht auf 38,5 Prozent im Jahr 2018.

Bezogen auf die verwendeten Rechnungsprüfungsprogramme wird ein rund doppelt so hoher Anteil mit ebenfalls abnehmender Tendenz über die Jahre des ersten Forschungszyklus berichtet. Für das Jahr 2013 geben 22 von 26 Teilnehmern (84,6 Prozent) 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. Über die Jahre 2016 bis 2018 liegt der Anteil der Teilnehmer mit neun von 21 (42,9 Prozent) für das Jahr 2016, sieben von 21 (33,3 Prozent) für das Jahr 2017 und acht von 21 (38,1 Prozent) im Jahr 2018 wieder deutlich unter dem Niveau der Jahre 2013 bis 2015. In beiden IT-Bereichen bleiben die Anteile der Teilnehmer mit Veränderungen im zweiten Forschungszyklus in etwa konstant bei ca. 40 Prozent.



Anm.: Die Kategorie „insgesamt“ entspricht nicht der Summe der Einzelwerte aus „sozialvers.- oder kaufm. Ausb.“, „pflegerische Ausbild.“, „sonst. nichtakademische Ausb.“ und „wirtschaftl.- od. jurist. Studium“, da die Teilgruppen auf unterschiedlichen Stichproben basieren. Da sich die Stichprobe der Befragten vom ersten auf den zweiten Forschungszyklus wesentlich verändert hat, sind die Datenpunkte in den Grafiken zwischen dem letzten Beobachtungsjahr des ersten Forschungszyklus und dem ersten Jahr des zweiten Forschungszyklus nicht verknüpft.

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

Abbildung 10.5.: Mittlere Anzahl mit der Abrechnung psychiatrischer Fälle beschäftigter MitarbeiterInnen

Mit der Befragung der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen werden außerdem die Anzahl der MitarbeiterInnen, die mit der Abrechnung von PEPP-Fällen beschäftigt sind, sowie Veränderungen in deren Qualifikationsportfolio erfasst. Die Anzahl

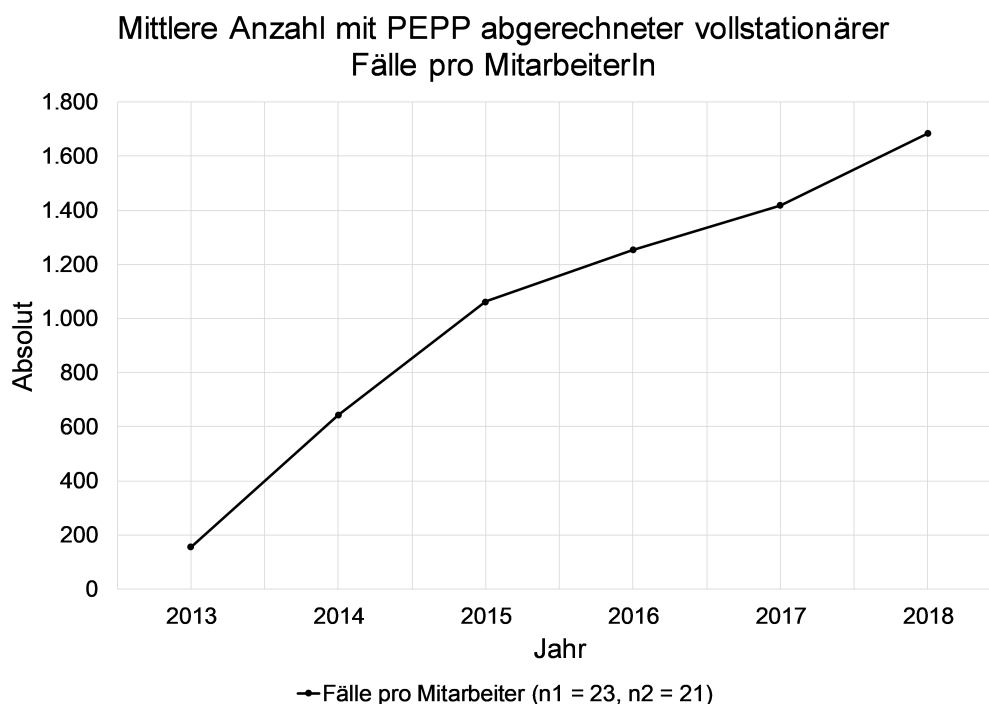
der MitarbeiterInnen wurden dazu in Vollzeitäquivalenten (VÄ) p. a. angegeben. Zusätzlich wird betrachtet, für wie viele vollstationär behandelte Fälle – bzw. für deren Abrechnung – ein Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin zuständig war (Berechnung der Verhältnisse unter Einbezug der Angaben zu Frage 8.1 im Basisteil des Fragebogens, s. Kapitel A).

Obwohl die MitarbeiterInnenzahlen nach Qualifikationen differenziert abgefragt wurden, liegen auswertbare Angaben nur für die Gesamtzahl ($n_1 = 25$; $n_2 = 21$) der MitarbeiterInnen mit Sozialversicherungs- oder kaufmännischer Ausbildung ($n_1 = 11$; $n_2 = 7$), mit pflegerischer Ausbildung ($n_1 = 7$; $n_2 = 7$) und MitarbeiterInnen mit sonstiger nichtakademischer Ausbildung ($n_1 = 6$; $n_2 = 3$) vor. Für den zweiten Forschungszyklus liegen zudem Angaben für MitarbeiterInnen mit wirtschaftlichem oder juristischem Studium vor ($n_2 = 3$). Beachtet werden muss, dass die hier dargestellten Mitarbeiterzahlen insgesamt und der jeweiligen Teilmengen auf unterschiedlichen Stichproben beruhen und die Teilmengen zusammengefasst somit nicht die Gesamtmenge ergeben.

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. Auch über den Betrachtungszeitraum 2016 bis 2018 steigt der Personalaufwand insgesamt von 5,16 VÄ p. a. im Jahr 2016 über 5,77 VÄ p. a. im Jahr 2017 auf 6,08 VÄ p. a. im Jahr 2018 an, wenn auch auf einem niedrigeren Niveau als im ersten Forschungszyklus.

Über beide Forschungszyklen hinweg sind die weitaus am häufigsten anzutreffenden beruflichen Qualifikationen dieser MitarbeiterInnen Sozialversicherungs- oder kaufmännische Ausbildungen (2013 bis 2015: zwischen 7,78 und 8,44 VÄ p. a.; 2016 bis 2018: zwischen 3,58 bis 4,17 VÄ p. a.). Einen geringeren Anteil machen MitarbeiterInnen mit einer pflegerischen Ausbildung (2013 bis 2015: zwischen 0,30 und 0,90 VÄ p. a.; 2016 bis 2018: zwischen 1,01 und 1,30 VÄ p. a.) und mit sonstigen nichtakademischen Ausbildungen (2013 bis 2015: zwischen 0,83 und 1,17 VÄ p. a.; 2016 bis 2018: 0,40 VÄ p. a.) aus. Die durchschnittliche Anzahl der MitarbeiterInnen mit einem wirtschaftlichen oder juristischen Studium wird über den Zeitraum 2016 bis 2018 erstmals und durchgängig mit 0,27 VÄ p. a. benannt.

Bei den MitarbeiterInnen mit den explizit benannten Ausbildungen lässt sich – ebenso wie bei den anderen MitarbeiterInnen – über die Jahre 2013 bis 2015 eine kontinuierliche Zunahme der Personalstärke erkennen. Eine teilweise gegenläufige Tendenz zeichnet sich über die Jahre 2016 bis 2018 ab. Für diesen Zeitraum ist eine stagnierende bis leicht rückläufige Entwicklung der MitarbeiterInnenzahlen zu erkennen.



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

Abbildung 10.6.: Mittlere Anzahl nach PEPP abgerechneter vollstationärer Fälle pro MitarbeiterIn

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).

Auch für den zweiten Forschungszyklus ist ein kontinuierlicher Anstieg der mittleren Anzahl nach PEPP abgerechneter vollstationärer Fälle pro MitarbeiterIn erkennbar. Über diesen Betrachtungszeitraum steigt die Anzahl der von einer Vollkraft bearbeiteten vollstationär behandelten Fälle von durchschnittlich 1 254 Fälle im Jahr 2016 über 1 418 Fälle im Jahr 2017 weiter auf durchschnittlich 1 684 Fälle im Jahr 2018.

Tabelle 10.4.: Abgerechnete Fälle pro MitarbeiterIn und Anteil der PEPP-Fälle

	1. Forschungszyklus			2. Forschungszyklus		
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Abgerechnete Fälle pro MitarbeiterIn gesamt	2 704	2 581	2 354	2 527	2 252	2 157
Anteil PEPP-Fälle in Prozent	1,6	15,6	33,2	51,7	65,8	81,2

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

Bei Betrachtung der Gesamtzahl abgerechneter Fälle pro MitarbeiterIn lässt sich über beide Forschungszyklen eine leicht sinkende Tendenz feststellen (s. Tabelle 10.4). Im gleichen

Zeitraum nimmt der Anteil der PEPP-Fälle kontinuierlich zu. So liegt dieser im Jahr 2013 bei 1,6 Prozent und steigt bis zum Jahr 2015 auf 33,2 Prozent. Auf einem deutlich höheren Niveau entwickelt sich der Anteil der PEPP-Fälle über die Jahre 2016 bis 2018, von 51,7 Prozent im Jahr 2016 auf 81,2 Prozent im Jahr 2018.

Der Personaleinsatz und die Aufteilung nach Berufsgruppen der MDK wurden im Rahmen des zweiten Forschungszyklus erneut erfragt. Aufgrund fehlender bzw. zu geringer Angaben werden die Werte nicht dargestellt.

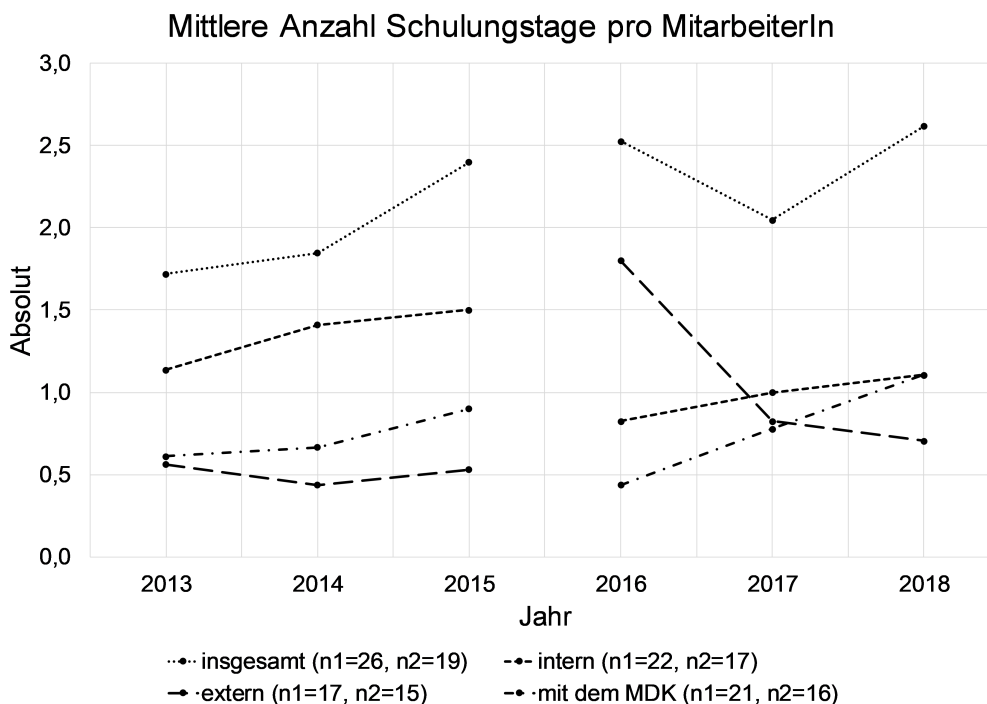
10.3.1. Verwaltungskosten

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 aufseiten 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 im ersten Forschungszyklus von 1,72 im Jahr 2013 über 1,85 im Jahr 2014 auf 2,40 Tage pro MitarbeiterIn im Jahr 2015 an (s. Abbildung 10.7). Dies entspricht einer durchschnittlichen Zunahme des Zeitumfangs von rund 40 Prozent bzw. 5,4 Stunden pro MitarbeiterIn gegenüber dem Jahr 2013.

Über den Betrachtungszeitraum 2016 bis 2018 liegt die durchschnittliche Anzahl durchgeführter Schulungstage pro MitarbeiterIn bei 2,53 Tagen im Jahr 2016. Dieser Wert sinkt im Jahr 2017 leicht auf 2,05 Tage pro MitarbeiterIn und steigt mit 2,62 Tagen pro MitarbeiterIn im Jahr 2018 wieder über den Ausgangswert, was gegenüber 2016 einer durchschnittlichen Zunahme des Zeitumfangs um rund 4 Prozent bzw. 43,2 Minuten pro MitarbeiterIn entspricht. Somit liegen die Werte insgesamt im zweiten Forschungszyklus über den Angaben aus dem ersten Forschungszyklus.

Im ersten Forschungszyklus werden Schulungen überwiegend intern durchgeführt. Die durchschnittliche Zahl der externen Schulungstage liegt im Jahr 2016 bei 1,82 und sinkt über die folgenden beiden Jahre. Im Jahr 2018 liegt die durchschnittliche Anzahl externer Schulungstage bei nur noch 0,71.



Anm.: Die Kategorie „insgesamt“ entspricht nicht der Summe der Einzelwerte aus „intern“, „extern“ und „mit dem MDK“, da die Teilgruppen auf unterschiedlichen Stichproben basieren. Da sich die Stichprobe der Befragten vom ersten auf den zweiten Forschungszyklus wesentlich verändert hat, sind die Datenpunkte in den Grafiken zwischen dem letzten Beobachtungsjahr des ersten Forschungszyklus und dem ersten Jahr des zweiten Forschungszyklus nicht verknüpft.

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

Abbildung 10.7.: Mittlere Anzahl Schulungstage pro MitarbeiterIn

Externe Beratungsleistungen werden von den Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen eher selten in Anspruch genommen. Für die Jahre 2013 bis 2015 geben vier Teilnehmer an, jeweils einen Beratertag für den mit PEPP-Abrechnungen befassten Bereich verwendet zu haben. Im Zeitraum von 2016 bis 2018 geben sechs Teilnehmer an, jeweils einen Beratertag für den mit PEPP-Abrechnungen befassten Bereich verwendet zu haben.

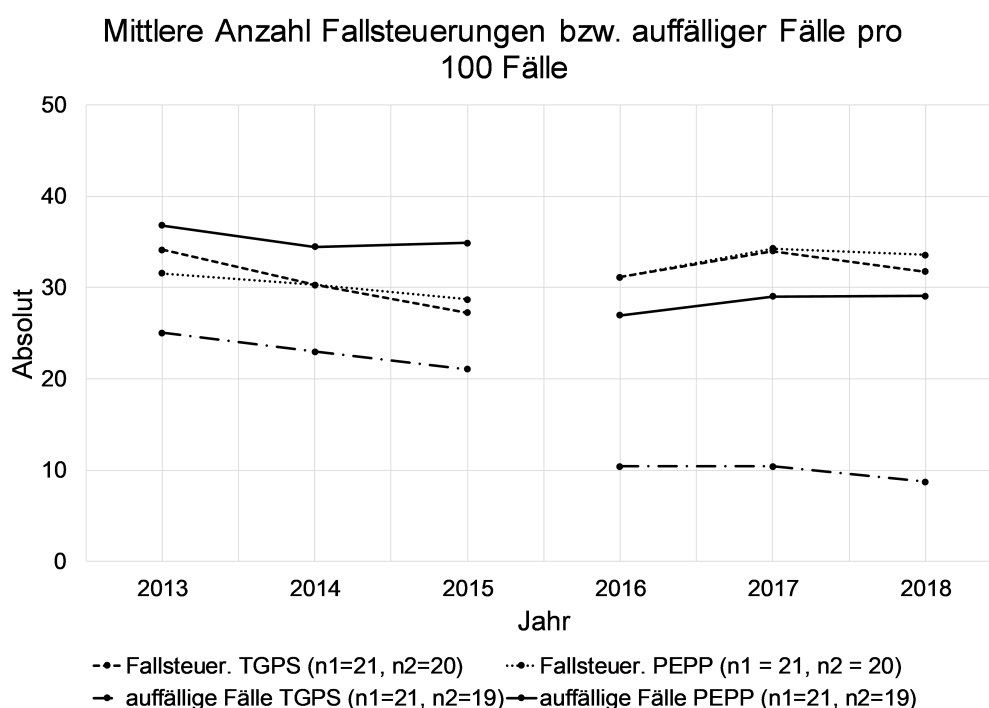
10.3.2. Organisation der Fallprüfungen

Fünf von 26 (19,2 Prozent) der teilnehmenden Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen geben für das Jahr 2013 und sieben von 26 (26,9 Prozent) jeweils für die Jahre 2014 und 2015 an, dass wesentliche Anpassungen in den Abläufen der Rechnungsprüfung erfolgten. Acht Teilnehmer geben Auskunft darüber, um welche Anpassungen es sich dabei explizit handelt: Abrechnungsprüfung, Einführung der Kodierprüfung³¹, Anpassung des Regelwerkes für die Rechnungsprüfung sowie die Tatsache, dass die Berufsbilder „FallmanagerIn“ und „Kodierfachkraft“ neu hinzugekommen sind.

³¹Überprüfung der PEPP-Kodes, mit denen die Behandlung der PatientInnen beschrieben wird und welche die Grundlage der fallbezogenen Vergütung bilden.

Wesentliche Anpassungen in den Abläufen der Rechnungsprüfung erfolgen nach Angaben der Teilnehmer auch über den Betrachtungszeitraum 2016 bis 2018. Für die Jahre 2017 und 2018 geben drei von 22 (13,6 Prozent) Teilnehmern an, dass wesentliche Anpassungen in den Abläufen der Rechnungsprüfung vorgenommen wurden. Die Gründe, die hierbei für den Betrachtungszeitraum 2016 bis 2018 von den Teilnehmern genannt werden, entsprechen im Wesentlichen den Angaben aus dem ersten Forschungszyklus.

Im Zuge der Rechnungsprüfung können Fallsteuerungen erfolgen bzw. auffällige Fälle auf Grundlage formaler ggf. automatisierter Prüfrichtlinien oder Prüfprogramme entdeckt werden. Hier wurden die Teilnehmer 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.



Anm.: Da sich die Stichprobe der Befragten vom ersten auf den zweiten Forschungszyklus wesentlich verändert hat, sind die Datenpunkte in den Grafiken zwischen dem letzten Beobachtungsjahr des ersten Forschungszyklus und dem ersten Jahr des zweiten Forschungszyklus nicht verknüpft. Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

Abbildung 10.8.: Mittlere Anzahl Fallsteuerungen bzw. auffälliger Fälle pro 100 Fälle

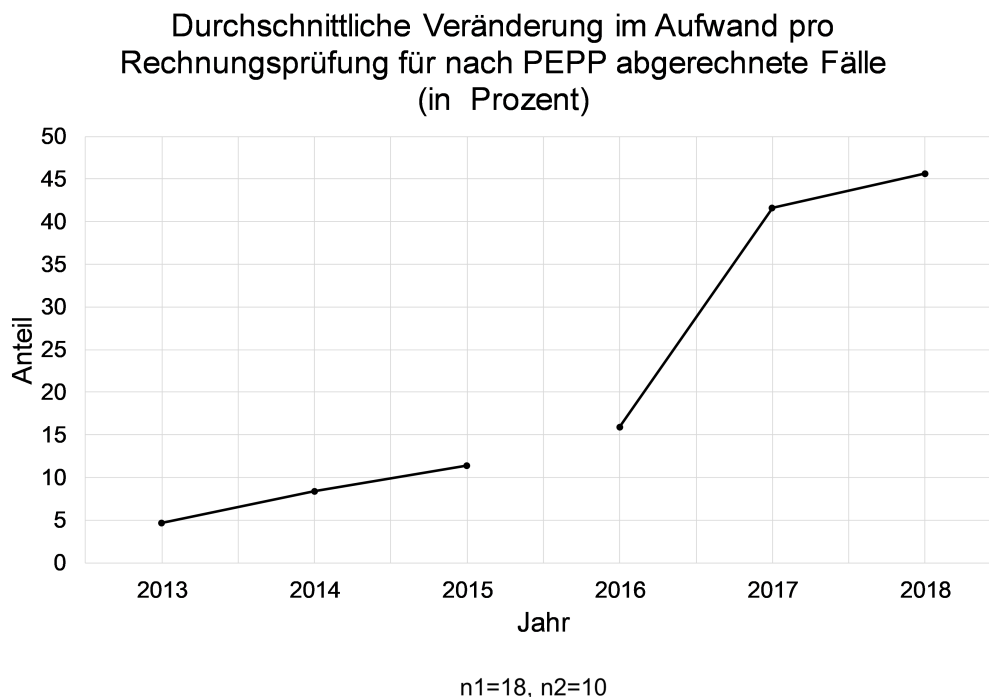
Die mittlere Anzahl an auffälligen TGPS-Fällen hat im Vergleich zu PEPP deutlich abgenommen, von 25,0 (2013) auf 21,0 Prozent (2015). Diese Entwicklung zeigt sich auch im zweiten Forschungszyklus, hier sinkt die entsprechende Kennzahl von 10,4 (2016) auf 8,7 Prozent (2018). Die Anzahl auffälliger PEPP-Fälle blieb hingegen über beide Forschungszyklen tendenziell stabil mit 36,8 Prozent im Jahr 2013 und 34,9 Prozent im Jahr 2015 bzw. 26,9 Prozent im Jahr 2016 und 29,0 Prozent im Jahr 2018.

Das Durchführen von Fallsteuerungen, also das Eingreifen im Laufe der Behandlung, stellt sich bei beiden Vergütungssystemen relativ ähnlich dar. Über die Jahre 2013 bis 2015

nimmt die Anzahl der Fallsteuerungen pro 100 abgerechneter Fälle stetig ab, von 34,1 (TGPS) bzw. 31,6 (PEPP) im Jahr 2013 über 30,3 im Jahr 2014 auf 27,2 bzw. 28,7 im Jahr 2015. Demgegenüber nimmt die mittlere Anzahl Fallsteuerungen pro 100 abgerechneter Fälle über die Jahre 2016 bis 2018 leicht zu. Beide Vergütungssysteme starten im Jahr 2016 bei 31,1 Prozent und steigen dann im Jahr 2017 auf 34,0 (TGPS) bzw. 34,4 (PEPP) Prozent. Im Jahr 2018 fallen dann beide Anteile leicht ab auf 31,8 bzw. 33,6 Prozent (s. Abbildung 10.8).

Die Anzahlen auffälliger Fälle unterscheiden sich zwischen den beiden Vergütungssystemen vom Niveau her dagegen sehr. Sie liegen im ersten Forschungszyklus für nach TGPS abgerechnete Fälle mit Werten von 25,0; 23,0 und 21,0 (jeweils bezogen auf 100 abgerechnete Fälle) deutlich unter den Angaben der nach PEPP abgerechneten Fälle (36,8; 34,5; 34,9). Auch im zweiten Forschungszyklus liegen die nach TGPS abgerechneten Fälle mit Werten von 10,4 und 8,7 (jeweils bezogen auf 100 abgerechnete Fälle) deutlich unter den Werten der auffälligen Fälle nach PEPP (26,9; 29,0; 29,1).

Bei den auffälligen Fällen variieren die Unterschiede beider Vergütungssysteme zwischen 11,5 und 13,8 Fällen (2013 bis 2015) und zwischen 16,5 und 20,4 Fällen (2016 bis 2018) bezogen auf 100 abgerechnete Fälle. Anhand des stetigen Anstiegs des vermeldeten Aufwands pro Jahr lässt sich schlussfolgern, dass PEPP-Fallprüfungen im Zeitverlauf aufwendiger zu werden scheinen.

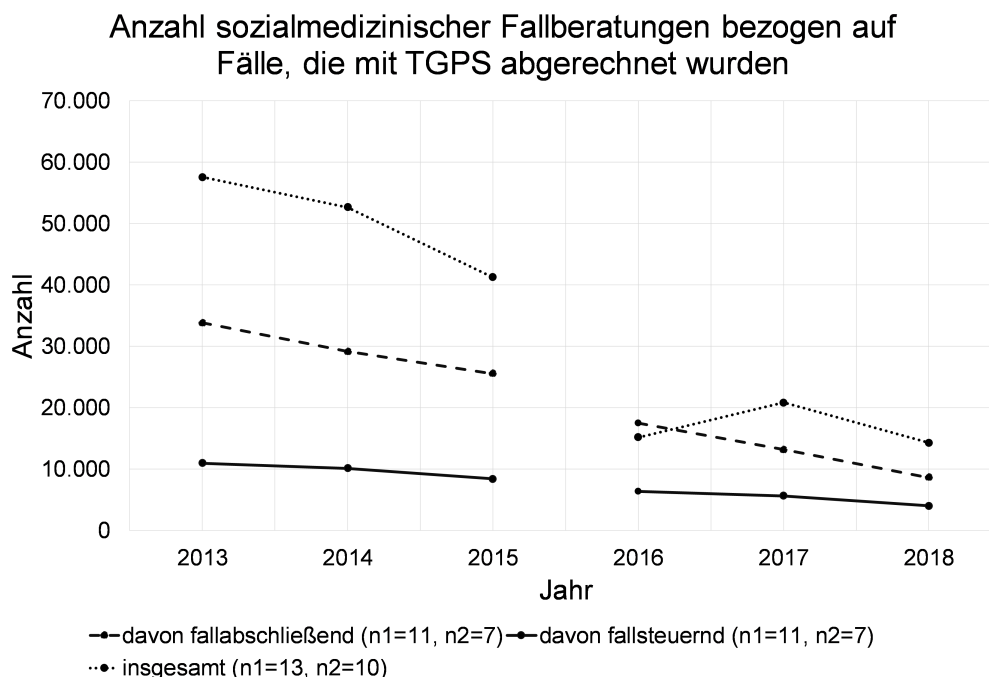


Anm.: Ein positiver (negativer) Anteilswert beschreibt einen Mehr- (Minder-)aufwand gegenüber TGPS. Da sich die Stichprobe der Befragten vom ersten auf den zweiten Forschungszyklus wesentlich verändert hat, sind die Datenpunkte in den Grafiken zwischen dem letzten Beobachtungsjahr des ersten Forschungszyklus und dem ersten Jahr des zweiten Forschungszyklus nicht verknüpft. Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

Abbildung 10.9.: 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 nach TGPS abgerechneten Falles wird ein Mehraufwand für nach PEPP abgerechnete Fälle von durchschnittlich 4,7 im Jahr 2013, 8,4 im Jahr 2014 und 11,4 Prozent im Jahr 2015 angegeben (s. Abbildung 10.9). Im Jahr 2016 liegt der Mehraufwand für eine PEPP-Abrechnung bereits bei 15,9 Prozent und steigt im Jahr 2017 im Mittel auf über 40 Prozent gegenüber der Abrechnung eines TGPS-Falles an. Im Jahr 2018 erhöht sich dieser Wert wiederum um 4,0 Prozentpunkte auf 45,6 Prozent.

Zur Beschreibung des Fallprüfungsgeschehens wurde auch eine Befragung der MDK durchgeführt. Hierbei wurden die Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen, die Anzahl der Begutachtungen (Gutachten und Kurzgutachten) sowie die Anzahl von Widerspruchsanträgen getrennt für beide Vergütungssysteme erhoben.

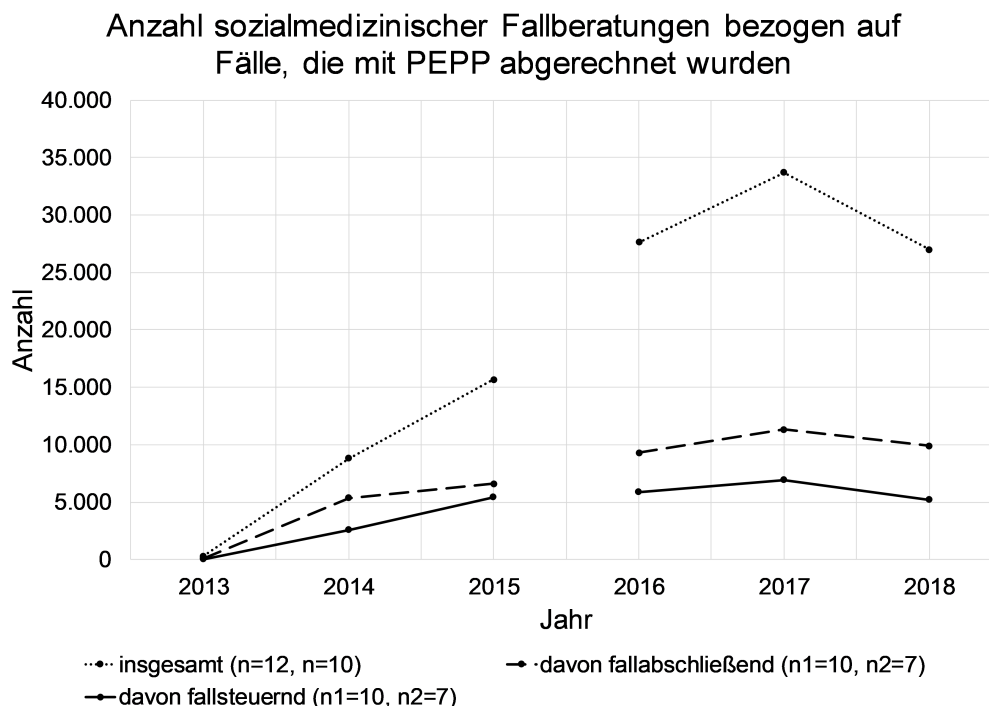


Anm.: Da sich die Stichprobe der Befragten vom ersten auf den zweiten Forschungszyklus wesentlich verändert hat, sind die Datenpunkte in den Grafiken zwischen dem letzten Beobachtungsjahr des ersten Forschungszyklus und dem ersten Jahr des zweiten Forschungszyklus nicht verknüpft.
 Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.10.: Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die nach TGPS abgerechnet wurden

Bezogen auf voll- und teilstationäre Fälle aus der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die nach TGPS abgerechnet wurden, nimmt der Umfang sozialmedizinischer Fallberatungen über die betrachteten Jahre 2013 bis 2015 insgesamt von 57 595 über 52 669 auf 41 258 Fallberatungen ab (s. Abbildung 10.10).

Ausgehend von insgesamt 15 204 durchgeführten Fallberatungen im Jahr 2016 steigt die Anzahl der insgesamt durchgeführten Fallberatungen im Jahr 2017 kurzzeitig auf 20 841 Fälle an. 2018 geht die Anzahl der Fallberatungen wiederum auf 14 290 Fälle pro Jahr zurück. Die Anzahl der fallabschließenden und fallsteuernden Beratungsfälle an der Anzahl Fälle, die nach TGPS abgerechnet wurden, zeigt über die Jahre 2016 bis 2018 einen unsteten Verlauf auf einem niedrigen Niveau.



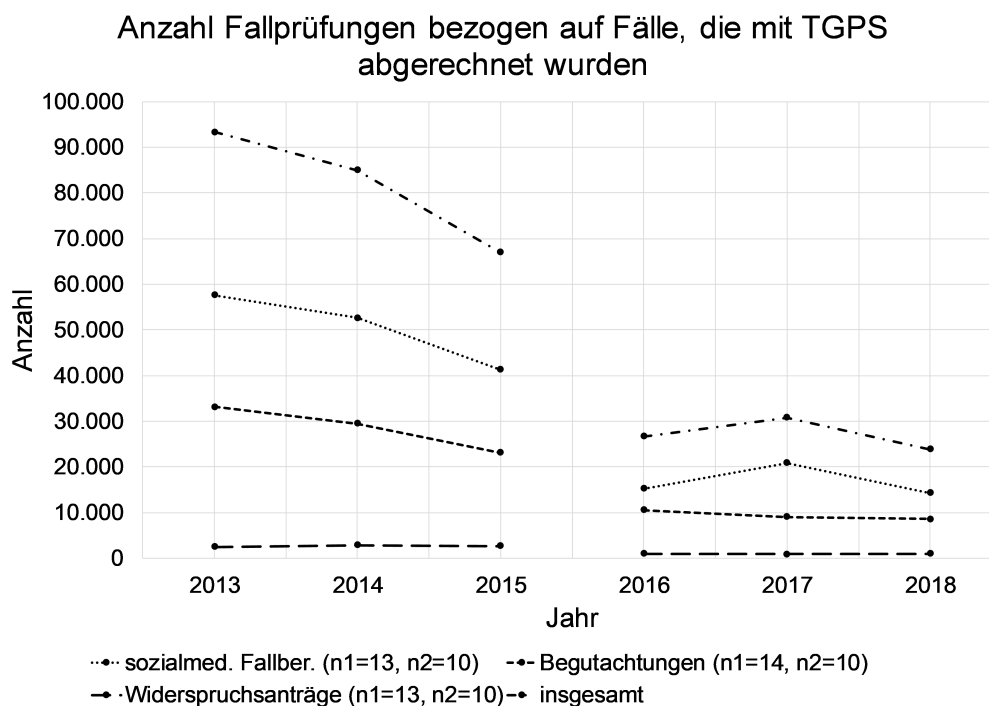
Anm.: Da sich die Stichprobe der Befragten vom ersten auf den zweiten Forschungszyklus wesentlich verändert hat, sind die Datenpunkte in den Grafiken zwischen dem letzten Beobachtungsjahr des ersten Forschungszyklus und dem ersten Jahr des zweiten Forschungszyklus nicht verknüpft.

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.11.: Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die nach PEPP abgerechnet wurden

Bezogen auf Fälle, die nach 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 10.11). Von 2016 bis 2017 steigt die Anzahl der sozialmedizinischen Fallberatungen von 27 633 auf 33 721 Fälle an. Im Jahr 2018 ist demgegenüber ein Rückgang der insgesamt getätigten Fallberatungen auf 26 984 Fälle zu beobachten.

Die Anzahlen der fallabschließenden und fallsteuernden Fallberatungen steigen in dem Zeitraum von 2013 bis 2015 beide erheblich. Gab es die Fallberatungen im Jahr 2013 noch kaum (103 fallabschließend, 30 fallsteuernd), liegen die Angaben hierzu für 2015 bereits deutlich höher (6 591 fallabschließend, 5 860 fallsteuernd). Im zweiten Forschungszyklus steigt die Anzahl bis zum Jahr 2017 weiterhin leicht an, auf bis zu 11 332 fallabschließende und 6 894 fallsteuernde Fallberatungen. 2018 sinken in beiden Fallberatkungskategorien die Anzahlen der Fälle leicht ab, auf 9 906 fallabschließende und 5 194 fallsteuernde Fallberatungen.



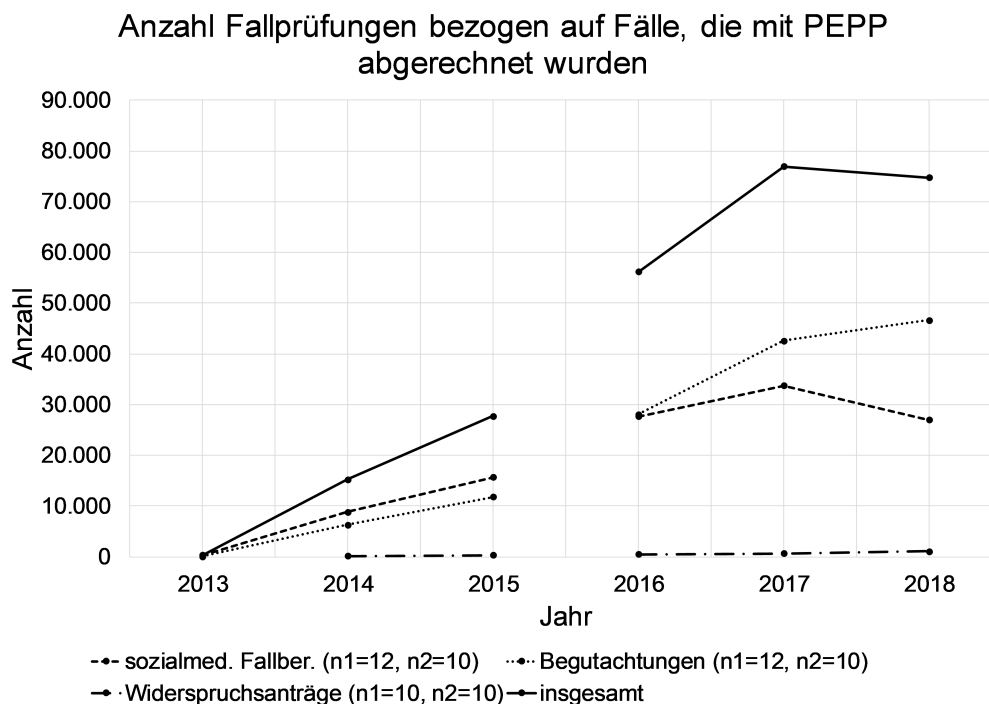
Anm.: Da sich die Stichprobe der Befragten vom ersten auf den zweiten Forschungszyklus wesentlich verändert hat, sind die Datenpunkte in den Grafiken zwischen dem letzten Beobachtungsjahr des ersten Forschungszyklus und dem ersten Jahr des zweiten Forschungszyklus nicht verknüpft.
 Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.12.: Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die nach TGPS abgerechnet wurden

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 nach TGPS abgerechneten Fällen nimmt die Gesamtanzahl von Fallprüfungen kontinuierlich ab, von insgesamt 93 302 (2013) über 85 003 (2014) auf 66 992 Fälle im Jahr 2015 (s. Abbildung 10.12). Zwischen 2016 und 2017 steigt die Anzahl der Fallprüfungen von insgesamt 26 702 auf 30 829 an, sinkt allerdings im Jahr 2018 wieder auf 23 876.

Die Anzahl der Begutachtungen nimmt bei nach TGPS abgerechneten Fällen kontinuierlich ab. Sie fällt von 33 182 Fällen 2013 über 29 469 Fälle im Jahr 2014 auf 23 068 Fälle im Jahr 2015. Der Entwicklung des ersten Forschungszyklus folgend sinkt auch im zweiten Forschungszyklus die Anzahl der Begutachtungen von 10 545 im Jahr 2016 auf 8 616 Fälle im Jahr 2018.

Bei den Widerspruchsanträgen bei nach TGPS abgerechneten Fällen zeigen sich über den Zeitraum von 2013 bis 2015 nur geringe Änderungen (2 525 vs. 2 865 vs. 2 666 Fälle p. a.). Über die Jahre 2016 bis 2018 liegt die Anzahl der Widerspruchsanträge bei nach TGPS abgerechneten Fällen deutlich unter den Werten des ersten Forschungszyklus (2016: 953; 2017: 926; 2018: 970), zeigt aber auch hier über die Jahre kaum Veränderungen. Der Anteil der Widerspruchsanträge an allen Fallprüfungen variiert bei TGPS über den gesamten Betrachtungszeitraum zwischen drei und vier Prozent.



Anm.: Da sich die Stichprobe der Befragten vom ersten auf den zweiten Forschungszyklus wesentlich verändert hat, sind die Datenpunkte in den Grafiken zwischen dem letzten Beobachtungsjahr des ersten Forschungszyklus und dem ersten Jahr des zweiten Forschungszyklus nicht verknüpft.

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.13.: Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die nach PEPP abgerechnet wurden

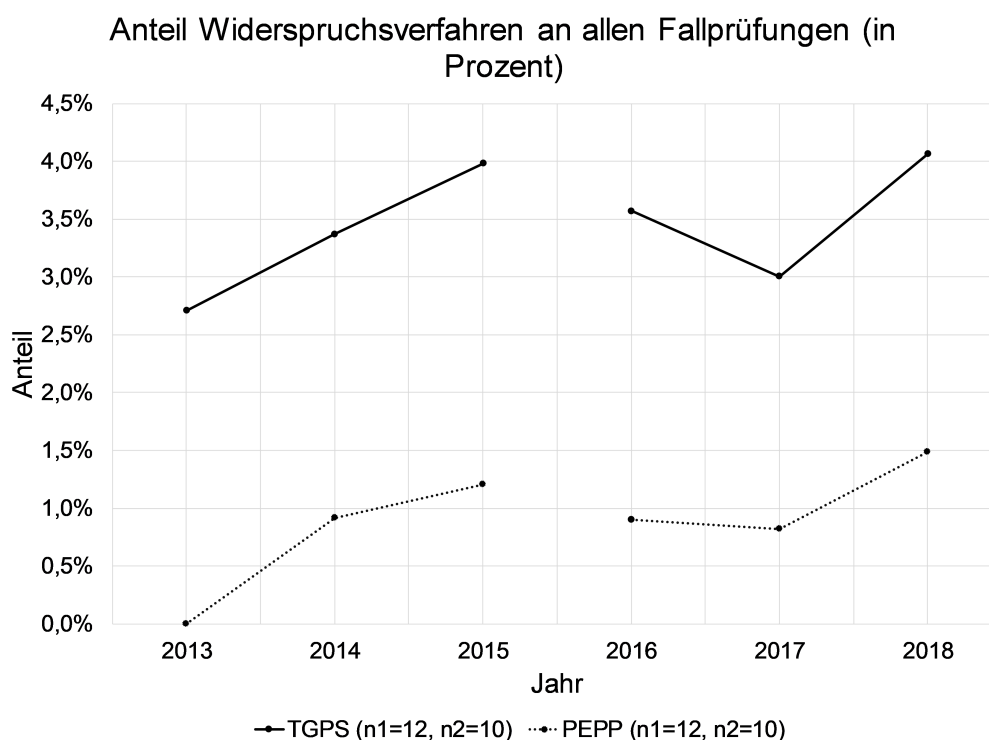
Bei nach PEPP abgerechneten Fällen nimmt die Anzahl von Fallprüfungen insgesamt kontinuierlich stark zu, von 336 im Jahr 2013 über 15 267 im Jahr 2014 auf 27 781 Fälle im Jahr 2015. Auf ein noch deutlich höheres Niveau steigt die Anzahl der nach PEPP abgerechneten Fälle in den Jahren 2016 (56 181) bzw. 2017 (76 935). Erst 2018 ist mit insgesamt 74 722 Fällen ein geringer Rückgang der Fallprüfungen erkennbar (s. [Abbildung 10.13](#)).

Auch die Anzahl der Begutachtungen von PEPP-Fällen steigt in den Jahren erheblich an, von 29 Fällen im Jahr 2013 über 6 303 Fälle im Jahr 2014 bis hin zu 11 778 Fällen im Jahr 2015. Im zweiten Forschungszyklus setzt sich dieser kontinuierliche Anstieg auf noch höherem Niveau weiter fort; von 28 043 Fällen im Jahr 2016 auf 46 629 Fälle im Jahr 2018.

Für den ersten Forschungszyklus wurde für die Widerspruchsanträge bei nach PEPP abgerechneten Fällen für 2013 kein Fall notiert, für 2014 wurden 140 und für 2015 335 Fälle von zehn MDK angegeben. Der Anteil der Widerspruchsanträge bei PEPP liegt ab 2014 bei etwa einem Prozent und damit deutlich niedriger als bei TGPS. Von 2016 bis 2018 steigt die Anzahl der Widerspruchsanträge stetig bis auf 1 109 Fälle an, was einem Anstieg des Anteils auf 1,5 Prozent entspricht.

Der Anteil der Fallprüfungen insgesamt an allen Fällen liegt im ersten Forschungszyklus in etwa konstant bei zehn Prozent. Im zweiten Forschungszyklus schwankt dieser Anteil unstet zwischen 11,6 und 15,1 Prozent. Zusammenfassend lässt sich im zweiten Forschungs-

zyklus hinsichtlich der sozialmedizinischen Fallberatungen ein Anstieg der Werte im Jahr 2017 beobachten, wobei die Angaben 2018 sowohl bei TGPS als auch bei PEPP leicht abfallen. Der Anteil der Fallberatungen an den Fällen insgesamt hat insbesondere bei PEPP abgenommen. Der Anteil der Begutachtungen hat dagegen bei beiden Vergütungssystemen zugenommen. Auch beim Anteil der Widerspruchsanträge lässt sich eine Steigerung, bei TGPS leicht und bei PEPP deutlich, feststellen.



Anm.: Da sich die Stichprobe der Befragten vom ersten auf den zweiten Forschungszyklus wesentlich verändert hat, sind die Datenpunkte in den Grafiken zwischen dem letzten Beobachtungsjahr des ersten Forschungszyklus und dem ersten Jahr des zweiten Forschungszyklus nicht verknüpft.

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.14.: Anteil Widerspruchsverfahren an allen Fallprüfungen (in Prozent)

Für die Berechnung zu Abbildung 10.14 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 2016 bis 2018 sowie differenziert nach den beiden zu vergleichenden Vergütungssystemen. Die Quoten werden in Prozent angegeben.

Bezogen auf Fälle, die nach TGPS abgerechnet werden, steigt die Quote der Widerspruchsverfahren über die Jahre 2013 bis 2015 kontinuierlich von 2,7 Prozent des gesamten Fallprüfungsgeschehens im Jahr 2013 über 3,4 Prozent im Jahr 2014 auf 4,0 Prozent im Jahr 2015 an. In den Jahren 2016 bis 2018 zeigt sich nahezu dieselbe Entwicklung wie im ersten Forschungszyklus: Die Quote liegt bei 3,6 Prozent im Jahr 2016 und sinkt leicht auf 3,0 Prozent im Jahr 2017, um dann im Jahr 2018 wieder auf 4,1 Prozent anzusteigen.

Bei nach PEPP abgerechneten Fällen steigt die Quote bis 2018 auf einem sehr niedrigen Niveau ebenfalls an. Im Jahr 2013 werden von den MDK hier noch keine Widerspruchsverfahren aufgeführt (0,0 Prozent), im Jahr 2014 liegt die Quote bei 0,9 und im Jahr 2015 bei 1,2 Prozent. In den Jahren 2016 und 2017 sinkt die Quote der nach PEPP abgerechneten Fälle von 0,9 Prozent im Jahr 2016 zunächst leicht auf 0,8 Prozent im Jahr 2017, mit 1,5 Prozent im Jahr 2018 erhöht sich dieser Wert jedoch deutlich.

Die Anteile der Widerspruchsverfahren an PEPP-Fällen liegen sowohl im ersten als auch im zweiten Forschungszyklus deutlich niedriger als bei TGPS-Fällen. Die Unterschiede zwischen den beiden Forschungszyklen fallen überwiegend gering aus.

Tabelle 10.5.: Anteil Inhouse-Verfahren an allen Begutachtungen (in Prozent)

	1. Forschungszyklus			2. Forschungszyklus		
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
TGPS ($n_1 = 4$, $n_2 = 4$)	26,3	22,7	14,8	8,1	5,9	3,1
PEPP ($n_1 = 3$, $n_2 = 5$)		96,5	86,9	10,0	8,7	9,8

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Neben inhaltlichen Aspekten der Begutachtungen gibt es den formalen Aspekt der Prüfung im Inhouse-Verfahren (s. Tabelle 10.5). Es zeigt sich, dass der Anteil Inhouse-Verfahren an allen Begutachtungen bei differenzierter Betrachtung über die betrachteten Jahre abnimmt. Bei Abrechnungen nach TGPS fällt die Quote von 26,3 Prozent im Jahr 2013 über 22,7 Prozent im Jahr 2014 auf 14,8 Prozent im Jahr 2015. Auf einem deutlich niedrigeren Niveau sinkt die Quote auch in den Jahren 2016 bis 2018 von zunächst 8,1 Prozent (2016) auf 5,9 Prozent (2017) und 3,1 Prozent (2018). Bei den nach PEPP abgerechneten Fällen liegen bei den einbezogenen MDK für 2013 keine Angaben vor. Im Jahr 2014 liegt der Anteil sehr hoch bei 96,5 Prozent und fällt im Folgejahr auf 86,9 Prozent. Auch in den Jahren 2016 bis 2018 lässt sich ein Rückgang der Quote und ein erheblich geringeres Niveau des Anteils der Inhouse-Verfahren an allen Begutachtungen feststellen. Von 10,0 Prozent im Jahr 2016 sinkt der Anteil auf 8,7 Prozent im Jahr 2017 und 9,8 Prozent im Jahr 2018. Der Anteil der Inhouse-Verfahren an allen Begutachtungen liegt im zweiten Forschungszyklus für beide Abrechnungsverfahren etwa auf einem gleichen Niveau. Hier hat gegenüber der vormals sehr hohen Quote bei PEPP eine Normalisierung stattgefunden.

10.4. Diskussion

Mit der sukzessiven Einführung des PEPP-Entgeltsystems zeigen sich verschiedene Effekte, unter anderem bei den MDK. Die Anzahl von Einzelfallprüfungen bei den nach PEPP abgerechneten Fällen steigt über beide Forschungszyklen und liegt bereits ab dem Jahr 2014 über der Prüfquote der nach TGPS abgerechneten Fälle. Betrachtet man die Entwicklung der Quote an Fallprüfungen, so stellt man in den Jahren 2017 und 2018 einen Sprung gegenüber den Jahren 2013 bis 2016 fest. Dieser Anstieg geht einher mit dem zunehmenden Anteil an PEPP-Fällen, die durch die MDK bearbeitet werden.

Insbesondere der Anteil der Begutachtungen hat über den Betrachtungszeitraum zugenommen, während der Anteil an sozialmedizinischen Fallberatungen und Widerspruchsanträgen in etwa gleich geblieben ist. Dies deckt sich mit dem Ergebnis der Befragung der MDK, dass der Aufwand pro geprüftem Fall mit zunehmendem Anteil von nach PEPP abgerechneten Fällen ebenfalls angestiegen ist. Bei den nach PEPP abgerechneten Fällen steigt der Anteil an Prüfungen jährlich an und liegt im zweiten Forschungszyklus in etwa doppelt so hoch, wie bei den nach TGPS abgerechneten Fällen.

Die Quote der Einzelfallprüfungen liegt damit auch aus Sicht der Krankenhäuser bei nach dem PEPP-Entgeltsystem abgerechneten Fällen deutlich höher als bei nach TGPS abgerechneten Fällen und steigt in beiden Betrachtungszeiträumen kontinuierlich an. In beiden Forschungszyklen liegt bei den nach PEPP abgerechneten Fällen der Anteil an Korrekturen der Bewertungsrelation am höchsten, gefolgt von Korrekturen an den Verweildauern inkl. primären Fehlbelegungen und Streichungen von ergänzenden Tagesentgelten. Streichungen von Zusatzentgelten sind dagegen eher seltener. Diese Verteilung ist über beide Forschungszyklen weitestgehend stabil und weist keine signifikanten Veränderungen auf.

Im ersten Forschungszyklus stieg die Anzahl an Klageverfahren bei den Einzelfallprüfungen der nach PEPP-Entgeltsystem abgerechneten Fällen und lag deutlich über den Anteilen der nach TGPS abgerechneten Fällen. Im zweiten Forschungszyklus sinkt der Anteil an Klageverfahren über den Betrachtungszeitraum bei den nach dem PEPP-Entgeltsystem abgerechneten Fällen und liegt im Mittel in gleicher Größenordnung wie bei den nach TGPS abgerechneten Fällen. Dies weist auf einen initial erhöhten Klärungsbedarf mit Einführung des PEPP-Entgeltsystems hin, der sich aber im weiteren Verlauf der Einführung normalisiert.

Für die Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen steigt das Fallaufkommen der nach PEPP abgerechneten Fälle annähernd linear über den Gesamtbetrachtungszeitraum bis auf 81,2 Prozent im Jahr 2018. Nach den Abrechnungsbestimmungen müssen die Einrichtungen ab dem 1.1.2019 verpflichtend nach PEPP abrechnen. Es ist also damit zu rechnen, dass die restlichen Kliniken zu diesem Stichtag umstellen.

Die mittlere Anzahl von Fallsteuerungen beider Gruppen ist über beide Forschungszyklen in etwa konstant mit 30 aus 100 Fällen. In Bezug auf die auffälligen Fälle im zweiten Forschungszyklus kann mit 9,8 aus 100 Fällen bei nach TGPS abgerechneten Fällen eine deutlich niedrigere Quote beobachtet werden, während der Anteil im Falle von nach PEPP abgerechneten Fällen im Schnitt bei 28 Fällen aus 100 liegt. Diese Entwicklung deckt sich mit der Wahrnehmung der befragten Krankenhäuser. Betrachtet man die Entwicklung der Fallberatungen, Prüfungen und Widerspruchsanträge insgesamt bezogen auf die Gesamtzahl stationärer Fälle, so liegt diese im ersten Forschungszyklus von 2013 bis 2015 in etwa konstant bei 10 Prozent und im zweiten Forschungszyklus mit 13,8 Prozent deutlich höher.

Fallberatungen und Fallbegutachtungen decken jeweils etwa die Hälfte der Gesamtzahl ab, wobei der Anteil der Begutachtungen im Zeitverlauf von 2016 bis 2018 tendenziell zunimmt. Der Anteil an Widersprüchen liegt im gleichen Zeitraum bei 1,8 Prozent. Bei den Fallberatungen der nach TGPS abgerechneten Fälle nimmt der Anteil der fallabschlie-

ßenden Fälle zwischen 2016 und 2018 stetig zu, während der Anteil der fallsteuernden Fälle abnimmt. Bei den Fallberatungen der Fälle, die nach PEPP abgerechnet wurden, ist der Trend genau umgekehrt und die Zahl der fallschließenden Fallberatungen nimmt im Zeitverlauf ab, während die fallsteuernden Fallberatungen zunehmen. Dieser Effekt ist somit in Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems zu bringen. Der Anteil der Widerspruchsverfahren ist bei nach PEPP abgerechneten Fällen über beide Messzeiträume geringer als bei den nach TGPS abgerechneten Fällen. Im Jahr 2018 ist dann ein deutlicher Anstieg der Widerspruchsverfahren in beiden Gruppen zu beobachten.

Mit der Zunahme von nach PEPP abgerechneten Fällen gehen diverse Veränderungen bei den Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen einher. Im IT-Bereich berichten 77 bis 85 Prozent der Teilnehmer im Zeitraum von 2013 bis 2015 davon, Änderungen bei den Rechnungsprüfungsprogrammen vorgenommen zu haben. Im zweiten Forschungszyklus von 2016 bis 2018 sinkt dieser Wert auf im Mittel etwa 40 Prozent. Änderungen bei den Datenübermittlungsverfahren wurden in beiden Messzeiträumen von etwa 33 bis 48 Prozent der Teilnehmer durchgeführt. Dies legt die Schlussfolgerung nahe, dass die Einführung des PEPP-Entgeltsystems bei einem wesentlichen Anteil der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen in der ersten Phase zu Veränderungen im IT-Bereich geführt hat, die aus notwendigen Aktualisierungen resultieren und folglich bei einer derartigen Umstellung zu erwarten sind. Dieser Wert stabilisiert sich dann mit zunehmender Routine auf einem niedrigeren Niveau.

Auf der Personalebene zeigt sich, dass die Anzahl der mit den Abrechnungen psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer stationärer Leistungen befassten MitarbeiterInnen in den Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen über die beiden betrachteten Zeiträume stetig ansteigt, wobei den größten Anteil MitarbeiterInnen mit sozialversicherungs- oder kaufmännischer Ausbildung ausmachen. Bei insgesamt gleichbleibenden Abrechnungszahlen kommt hiermit der PEPP-bedingte personelle Mehrbedarf zum Ausdruck. Dies wird auch bei Betrachtung der pro MitarbeiterIn abgerechneten Fälle deutlich, die über den gesamten Betrachtungszeitraum stetig abnehmen. Zusammenfassend lässt sich daher festhalten, dass die Einführung des PEPP-Entgeltsystems von Seiten der Krankenkassen bzw. Krankenversicherungsunternehmen zu einer Erhöhung des Personalaufwands für die Abrechnung geführt hat, was aufgrund der unterschiedlichen Komplexität beider Abrechnungssysteme einen nachvollziehbaren Effekt darstellt.

Zusätzlich zur steigenden Anzahl an MitarbeiterInnen, die bei den Krankenkassen bzw. Krankenversicherungsunternehmen die Abrechnungen bearbeiten, steigt die Anzahl an durchgeführten Schulungstagen pro MitarbeiterIn im ersten Forschungszyklus an, um dann im zweiten Forschungszyklus auf einem Niveau von ca. 2,5 Tagen pro MitarbeiterIn zu verbleiben. Die Zunahme interner Schulungen schwächt sich ab, wohingegen Schulungen mit dem MDK zunehmen. Hierin zeigen sich die Komplexität des PEPP-Entgeltsystems und die Bedeutung eines mit dem MDK abgestimmten Vorgehens.

Bei den Fallprüfungen fällt auf, dass sich die relativen Häufigkeiten in beiden Vergütungsverfahren ähneln und über die Anfangsjahre der Einführung des PEPP-Entgeltsystems

moderat abnehmen, um dann im zweiten Forschungszyklus in einen stabilen Verlauf überzugehen. Sehr auffällig ist der Unterschied zwischen den relativen Häufigkeiten der gefundenen auffälligen Fälle in beiden Vergütungsverfahren im ersten Forschungszyklus. Pro 100 abgerechneter Fälle werden bei nach PEPP abgerechneten Fällen 11,5 bis 13,8 mehr Fälle als auffällig klassifiziert als bei 100 nach TGPS abgerechneten Fällen. Dieser Abstand vergrößert sich im zweiten Forschungszyklus weiter auf 18 bis 20 Fälle, die bei nach PEPP abgerechneten Fällen als auffällig klassifiziert werden. Allein damit steigt der Prüfaufwand für die Krankenkassen bzw. Krankenversicherungsunternehmen und die Leistungserbringer deutlich an. Dieser Umstand wird von den Teilnehmern bestätigt, da sie angeben, dass der Mehraufwand pro Rechnungsprüfung über die Jahre des ersten Forschungszyklus von 4,7 Prozent über 8,4 Prozent auf 11,4 Prozent angestiegen ist (im Vergleich zu Rechnungsprüfungen von Fällen, die nach TGPS abgerechnet wurden). Im Zeitraum von 2016 bis 2018 verstärkt sich der Anstieg nochmals deutlich und erreicht im Jahr 2018 einen Wert von 45 Prozent.

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. Dies stellt aufgrund der gestiegenen Komplexität der Abrechnung einen erwarteten Effekt der PEPP-Einführung dar. Zum anderen steigt die Anzahl der als auffällig klassifizierten Fälle, was vermutlich auf die zusätzlich kodierte Informationen bei PEPP-Fällen zurückzuführen ist.

Die Angaben der MDK-Befragung zeigen überdies, dass der Anteil der Widerspruchsverfahren an allen Fallprüfungen im Zeitraum von 2013 bis 2018 gestiegen ist. Dieser Trend setzt sich bis auf einen kleinen Knick im Jahr 2017 im zweiten Forschungszyklus fort. Bei differenzierter Betrachtung gilt dies für beide Abrechnungsverfahren, liegt jedoch bei den PEPP-Fällen auf einem deutlich niedrigeren Niveau.

Der Anteil an Prüfungen im Inhouse-Verfahren sinkt bei nach TGPS abgerechneten Fällen im Betrachtungszeitraum 2013 bis 2015 und auch im zweiten Forschungszyklus weiter ab, was auf die abnehmende Relevanz dieser Vergütungsvariante zurückzuführen sein dürfte. Die Quote an Prüfungen nach Inhouse-Verfahren liegt bei Begutachtungen von PEPP-Fällen im ersten Forschungszyklus grundsätzlich um ein Vielfaches höher als bei der Prüfung von TGPS-Fällen, stabilisiert sich aber im zweiten Forschungszyklus bei etwa 10 Prozent. 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 auf den noch vergleichsweise geringen Fallzahlen und zum anderen auf dem Bedürfnis nach Abklärung interpretationsfähiger Sachverhalte. Dieser Effekt schwächt sich dann aber mit wachsender Routine in den Jahren 2016 bis 2018 ab.

Die Veränderungen der mithilfe von Sekundärdaten gemessenen Indikatoren dieses Kapitels sind nur mit Einschränkungen zu interpretieren, da sich für diese Indikatoren im Be-

obachtungszeitraum die Grundgesamtheit bzw. der Differenzierungsgrad verändert haben. 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 2017 von 39,1 Prozent liegt oberhalb der Zunahme in der Vergangenheit. So sind beispielsweise im Zeitraum von 2008 bis 2010 die bereinigten Kosten von 3,2 Mrd. Euro im Jahr 2008 auf 3,5 Mrd. Euro im Jahr 2010 gestiegen, was lediglich einem Anstieg von 9,1 Prozent über zwei Jahre entspricht. Zumindest teilweise kann die Kostensteigerung bei den bereinigten Kosten auf den zeitgleich erfolgten Anstieg der Behandlungstage um 8,0 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 38,7 Prozent auf ca. 4 Mrd. Euro (durchschnittlich +5,6 Prozent pro Jahr) – im ärztlichen Dienst sogar um 48,3 Prozent (durchschnittlich +6,7 Prozent pro Jahr). Der 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 Jahr 2012 Bereitschaftsdienste zwischen 21.00 Uhr und 6.00 Uhr morgens als Nacharbeit 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 das 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 2017, 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 Bruttogesamtkosten als auch die bereinigten Kosten erhöhen.

In der Gesamtbetrachtung dieses Kapitels zeigen sich wesentliche Veränderungen in den Strukturen von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen. Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems führt im Zeitraum von 2013 bis 2015 zu Veränderungen in den Abrechnungsprozessen, die sich u. a. auf den IT-Bereich, die Personalausstattung und -schulungen auswirken. Hier findet im zweiten Forschungszyklus eine Normalisierung statt,

sodass Einmaleffekte im Rahmen der Umstellung als Erklärung naheliegen. Auf der Seite der Krankenhäuser deuten sich ebenfalls steigende Aufwände in Verbindung mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems an. Diese verstärken sich im zweiten Forschungszyklus noch einmal, sodass der Mehraufwand gegenüber nach TGPS abgerechneten Fällen im Jahr 2018 mit 45 Prozent angegeben wird. Auch dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund der höheren Komplexität des PEPP-Entgeltsystems plausibel. Es bleibt jedoch abzuwarten, inwieweit es sich hier um einen dauerhaften oder einmaligen Mehraufwand handelt.

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 gesetzlich verpflichtend, wenn gleich immer noch budgetneutral.

Der vorliegende Bericht zum Ende des zweiten Forschungszyklus ist als Erweiterung des Endberichts zur Nullpunktmessung bzw. des ersten Forschungszyklus zu sehen. Er basiert auf Daten für die Jahre 2011 bis 2018 und verfolgt das Ziel, mithilfe deskriptiver und inferenzstatistischer Methoden Veränderungen in den durch die Auftraggeber vorgegebenen Indikatoren zu messen und diese – ggf. im Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems – zu diskutieren. Die im Rahmen des zweiten Forschungszyklus bereitgestellten Daten ermöglichen dabei einen Vergleich der Indikatoren zwischen den zeitlichen Abschnitten *vor* (Jahre 2011 und 2012) und *nach* (Jahre 2013 bis 2018) der (freiwilligen) 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 abgerechnet haben, von diesen Änderungen betroffen ist.

Die Entwicklung in den Bereichen Zugang und Qualität der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ist im Berichtszeitraum uneindeutig. Das bedeutet, dass bei den zur Operationalisierung der einzelnen Themen herangezogenen Indikatoren Veränderungen beobachtet wurden, die sowohl als Erleichterung als auch Erschwerung interpretiert werden könnten. Insofern kann ein Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems zum jetzigen Zeitpunkt 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 Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems stehen. Obwohl die durchgeführten statistischen Analysen auf Veränderungen bei einem oder mehreren Indikatoren hindeuten, sind diese entweder auf grundsätzliche Unterschiede zwischen 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 mit dem PEPP-Entgeltsystem in Verbindung gebracht werden kann.

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 gesunken. 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 MitarbeiterInnen zur Abrechnung psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer stationärer Leistungen) und deren Schulung im Umgang mit den sich verändernden Abrechnungsregeln auswirken. Auf der Seite der Krankenhäuser steigt durch die Einführung von PEPP der Aufwand durch Einzelfallprüfungen (Rechnungsprüfungen, Prüfung von als auffällig klassifizierten Fällen) und die damit einhergehenden Korrekturen und Klageverfahren. Es bleibt jedoch abzuwarten, ob es sich hier um einen umstellungsbedingten Einmalaufwand oder dauerhaften Mehraufwand handelt.

Der Berichtszeitraum der gesamten Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen, pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen umfasste die Datenjahre 2011 bis 2018. Die Verschiebung der verpflichtenden Einführung des PEPP-Entgeltsystems durch den Gesetzgeber hat dazu geführt, dass im Rahmen der Begleitforschung noch keine Daten für den Zeitraum nach der faktischen, budgetneutralen (ab 1.1.2019) bzw. faktischen, budgetwirksamen Einführung zur Verfügung standen. Abschließende Aussagen zur Wirkung der faktischen Einführung des PEPP-Entgeltsystems, unter anderem auf Veränderungen der Versorgungsstrukturen, der Qualität der Versorgung, die Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche sowie Art und Umfang von Leistungsverlagerungen, können im Rahmen der bisherigen Begleitforschung daher nicht getroffen werden.

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] Carol E Adair, Gerald M McDougall, Craig R Mitton, Anthony S Joyce, T Cameron Wild, Alan Gordon, Norman Costigan, Laura Kowalsky, Gloria Pasmeny und Anora Beckie. Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 56(9):1061–1069, 2005.
- [3] AOK. Aktuelles GeWINO-Spotlight zu Essstörungen zeigt starkes Stadt-Land-Gefälle, 2018. URL <https://www.aok.de/pk/nordost/inhalt/aktuelles-gewino-spotlight-zu-essstoerungen-zeigt-starkes-stadt-land-gefaelle/>.
- [4] Pedro Barros und Gisele Braun. Upcoding in a national health service: the evidence from portugal. *Health Economics*, 26(5):600–618, 2017.
- [5] Matthias Bäuml, Mathias Kifmann und Christian Kümpel. Entwicklung des Krankenhausmarktes. *Wirtschaftsdienst*, 96(12):932–934, 2016.
- [6] Paolo Berta, Giuditta Callea, Gianmaria Martini und Giorgio Vittadini. The effects of upcoding, cream skinning and readmissions on the italian hospitals efficiency: a population-based investigation. *Economic Modelling*, 27(4):812–821, 2010.
- [7] Statistisches Bundesamt. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung: Krankenhäuser, 2011. URL https://www.destatis.de/GPStatistik/receive/DEHeft_heft_00018898.
- [8] Statistisches Bundesamt. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung: Krankenhäuser, 2017. URL https://www.destatis.de/GPStatistik/receive/DEHeft_heft_00092600.
- [9] 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.
- [10] 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.
- [11] 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.

- [12] Jose Miguel Caldas und H Killaspy. Long-term mental health care for people with severe mental disorders, 2011.
- [13] 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.
- [14] 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.
- [15] David M. Cutler. The incidence of adverse medical outcomes under prospective payments. *Econometrica*, 63(1):29–50, 1995.
- [16] Leemore S. Dafny. How do hospitals respond to price changes? *American Economic Review*, 95(5):1525–1547, 2005.
- [17] 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.
- [18] 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.
- [19] 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.
- [20] DIMDI. ICD-10-GM, 2014. URL <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/>.
- [21] 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.
- [22] 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.
- [23] Avedis Donabedian. *Aspects of medical care administration*. Harvard University Press, Cambridge, 1974.
- [24] Avedis Donabedian. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, 260(12):1743–1748, 1988.
- [25] 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.

- [26] Eurostat. Krankenhausbetten für psychiatrische Pflege. 2019. URL <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=tps00047&plugin=1>.
- [27] Wolfgang Gaebel, Hermann Spießl und Thomas Becker. *Routinedaten in der Psychiatrie: sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung*. Steinkopff-Verlag Heidelberg, 2009.
- [28] Chen Gao, Fei Xu und Gordon G. Liu. Payment reform and changes in health care in China. *Social Science & Medicine*, 111:10–16, 2014.
- [29] Gemeinsamer Bundesausschuss. Beschluss personalausstattung psychiatrie und psychosomatik-richtlinie: Erstfassung, 2019. URL <https://www.g-ba.de/beschluesse/4005/>.
- [30] GKV-Spitzenverband. Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß §17 d KHG, 2014. URL https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/pepp/PEPPV_2014_2013_11_11.pdf.
- [31] GKV-Spitzenverband. Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß §17 d KHG, 2015. URL https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/pepp/PEPPV_2015.pdf.
- [32] F. Godemann, I. Hauth, A. Richert und R. Berton. Merkmale einer regionalen Pflichtversorgung in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 3(86):367–372, 2015.
- [33] Alan F. Greenwald und Leo H. Bartemeier. Psychiatric discharges against medical advice. *Archives of General Psychiatry*, 8(2):117–119, 1963.
- [34] Dominic Hodgkin und Thomas G. McGuire. Payment levels and hospital response to prospective payment. *Journal of Health Economics*, 13(1):1–29, 1994.
- [35] N Hoertel, F Limosin und H Leleu. Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorders: results from the french national health insurance reimbursement database. *European psychiatry*, 29(6):358–364, 2014.
- [36] Frédérique Hoffmann, Frank Andersohn, Klaus Giersiepen, Elke Scharnetzky und Edeltraut Garbe. Validierung von Sekundärdaten. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 51(10):1118–1126, 2008.
- [37] Paul W. Holland. Statistics and Causal Inference. *Journal of the American Statistical Association*, 81(396):945–960, 1986.
- [38] William C. Hsiao und Daniel L. Dunn. The impact of DRG payment on New Jersey hospitals. *Inquiry*, 24:212–220, 1987.
- [39] Guido W Imbens und Jeffrey M Wooldridge. Recent Developments in the Econometrics of Program Evaluation. *Journal of Economic Literature*, 47(1):5–86, 2009.

- [40] Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. *Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych)*. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Siegburg, 2017.
- [41] 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.
- [42] 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.
- [43] 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.
- [44] Michael Millman. *Access to Health Care in America*. The National Academies Press, Washington, DC, 1993.
- [45] 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.
- [46] E Anne Nelson, Mark E Maruish und Joel L Axler. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatric services*, 51(7):885–889, 2000.
- [47] 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.
- [48] 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.
- [49] 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.
- [50] 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.
- [51] Donald B Rubin. Estimating causal effects of treatments in randomized and nonrandomized studies. *Journal of Educational Psychology*, 66(5):688, 1974.

- [52] Donald B Rubin. Causal Inference Using Potential Outcomes. *Journal of the American Statistical Association*, 100(469):322–331, 2005.
- [53] Richard Saitz. Discharges against medical advice: Time to address the causes. *Canadian Medical Association Journal*, 167(6):647–648, 2002.
- [54] 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.
- [55] 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.
- [56] Rainer Schnell, Paul B Hill und Elke Esser. *Methoden der empirischen Sozialforschung*. R. Oldenbourg, 2008.
- [57] 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>.
- [58] 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.
- [59] 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.
- [60] Elaine Silverman und Jonathan Skinner. Medicare upcoding and hospital ownership. *Journal of Health Economics*, 23(2):369–389, 2004.
- [61] 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.
- [62] 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.
- [63] 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.
- [64] 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.

- [65] 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.
- [66] Stefan Weinmann und Thomas Becker. *Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie: Handbuch*. Psychiatrie-Verlag, 2009.
- [67] 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.
- [68] 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.
- [69] Rosmarie Mendel und Hans Förstl Werner Kissling. Das Burnout-Syndrom: Prävalenz, Symptome, Differenzialdiagnose und Therapie. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139(50):2587–2596, 2014.
- [70] 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

Begleitforschung Psychiatrie

Fragebogen

zur Krankenhausbefragung

zum 2. Forschungszyklus

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.

Wenn Sie mehrere Standorte betreiben, kann es je nach Organisationsform sinnvoll sein, diese in einem Bogen oder jeweils als eigenständige Organisation (separater Fragebogen Teil A und B) zu bewerten. Wir haben dies bei der Anmeldung abgefragt und bitten Sie, sich bei der Beantwortung der Fragen auf die dort getätigten Angaben zu beziehen.

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 jeweils relevanten Stellen in Ihrem Haus unabhängig voneinander bearbeitet werden kann. In der Grundstruktur gliedert er sich in Teil A (Verwaltung) und Teil B (Bereiche mit Patientenkontakt).

A) Verwaltung: Basisfragen; Fragen zur Personalausstattung, zu Investitionen, zur IT-Ausstattung und zu den MDK-Prüfungen

B) Bereiche mit Patientenkontakt: Fragen zum Leistungsspektrum, zu Prozessen und zum Versorgungsumfeld

Sollten Sie in Ihrer Einrichtung sowohl Erwachsenenpsychiatrie / psychosomatische als auch Kinder- und Jugendpsychiatrische Leistungen anbieten und dies bei der Anmeldung angegeben haben, so erhalten Sie den Teil B jeweils getrennt für beide Bereiche.

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 2016, 2017 und 2018. Tragen Sie bitte für jedes der drei Jahre Ihre Angaben ein.

A Fragen an die Verwaltung

Basisfragen

1. Um welche Art von Einrichtung handelt es sich?

☐ Psychiatrische oder
psychosomatische Klinik

☐ Psychiatrische oder
psychosomatische Fachabteilung

2. Welche Fachrichtungen bedienen Sie? (**Mehrfachnennung möglich**)

☐ Allgemeine Psychiatrie

☐ Suchterkrankungen

☐ Gerontopsychiatrie

☐ Kinder- und Jugendpsychiatrie

☐ Psychosomatik/Psychotherapie

☐ Sonstige _____

3. Wird in Ihrem Haus eine psychiatrische
Institutsambulanz (PIA) betrieben?

☐ nein

☐ ja

4. Nahmen Sie in den Jahren 2016-2018 an
Modellprojekten teil?

☐ nein

☐ ja

Wenn **ja**, an welchen? _____

	2016	2017	2018
5. Bettenanzahlen (laut Bettenplan)_____			
5.1 davon im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie_____			
6. Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze____			
6.1 davon im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie_____			
7. Anzahl vollstationärer Fälle pro Jahr_____			
7.1 davon im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie_____			
8. Anzahl teilstationärer Fälle pro Jahr_____			
8.1 davon im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie_____			

	2016	2017	2018
9. Berechnungstage (teil- und vollstationär)			
9.1 davon im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie			
10. Day-Mix-Index (DMI) (nur eintragen, wenn PEPP bereits eingeführt)	,	,	,
10.1 davon im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie (nur, eintragen, wenn PEPP bereits eingeführt)	,	,	,

	2016	2017	2018
11. Regionaler Pflichtversorger	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
12. Altersdurchschnitt der Patienten (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie) (Durchschnitt aus den § 21-Daten)	,	,	,
13. Ist Ihr Haus Teil einer Unternehmensgruppe mit zentralen Diensten, z.B Finanzen, IT, Controlling?	☐ nein ☐ ja, 2017	☐ ja, 2016 ☐ ja, 2018	
14. Sind Sie im Zeitraum von 2016 bis 2018 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 umgestiegen?	 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?			

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. **(Mehrfachangaben möglich bei vorliegenden Mehrfachqualifikationen)**

17. Wie viele Personen waren nach Berufsgruppen getrennt in Ihrer Einrichtung (Klinik bzw. Fachabteilung stationär, teilstationär, exklusive PIA) in den Jahren 2016-2018 beschäftigt? **(Angaben in Vollzeitäquivalenten/Vollkräften)**

	2016	2017	2018
17.1 Ärzte _____			
Wie viele davon waren ...			
17.1.1 Ärzte mit Facharztstatus? _____			
17.1.1.1 davon Facharzt 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 Jugendlichenpsychotherapeuten) _____			
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 Jugendlichenpsychotherapeuten _____			
17.3.1 davon Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung _____			
17.4 Sozialpädagogen und äquivalente Studienabschlüsse _____			
17.5 Weitere Therapeuten (u.a. Ergo-, Kunst- und Musiktherapeuten) _____			
17.6 Sozialarbeiter _____			
17.7 Pflegepersonal _____			
17.7.1 davon mit Weiterbildung psychiatrische Pflege _____			
17.7.2 davon mit Weiterbildung Pflege bei Demenz _____			

17.8 Verwaltungsmitarbeiter _____

17.8.1 davon Finanzen (u.a. kaufmännische Controlling, Finanzbuchhaltung, Patientenmanagement) _____

17.8.2 davon Personal _____

17.8.3 davon IT _____

17.8.4 davon Medizin-Controller _____

2016	2017	2018

18. Wurden in den Jahren 2016-2018 Mitarbeiter in den folgenden „neuen“ Berufsfeldern beschäftigt? Wenn ja, wie viele ... (Angaben in Vollzeitäquivalenten/Vollkräften)

18.1 Kodierfachkräfte _____

18.2 Medizinische Dokumentare _____

18.3 DokumentationsassistentInnen _____

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 _____

18.7 Mitarbeiter in anderen neuen Berufsfeldern _____

2016	2017	2018

18.7.1 bitte benennen Sie diese Berufsfelder _____

Fragen zu Entwicklungen im Verwaltungsbereich

19. Wurden in Ihrem Haus in den Jahren 2016-2018
Bereiche outgesourced?
(Mehrfachnennungen möglich)

19.1 Wenn Sonstige, welche?

- ☐ Essenversorgung
☐ Reinigung
☐ Haustechnik
☐ IT

- ☐ Controlling
☐ FiBu
☐ Sonstige

20. Hat es in den Jahren 2016-2018 weitere wesentliche Entwicklungen 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,...)

☐ nein

☐ ja

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 durch den Vergleich von Umsteigern / nicht Umsteigern und durch die Analyse spezifischer Investitionen der Umsteiger näher beleuchtet werden.

21. Welche Investitionen wurden in Ihrer Fachabteilung / psychiatrischen Einrichtung in den Jahren 2016, 2017 und 2018 in folgenden Bereichen mit welchen Volumina getätigt?

Bitte geben Sie die Beträge gerundet in tausend Euro an.

	2016	2017	2018
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 sonstige Investitionen	☐ nein ☐ ja		
21.6 Wenn sonstige Investitionen : In welchem Bereich wurden weitere Investitionen vorgenommen?			
21.7 In welchem Umfang wurde in diesem Bereich investiert? (Angaben in tausend Euro)_____	Mio. TSD €	Mio. TSD €	Mio. TSD €

22. Falls Sie PEPP eingeführt haben:

In welchem Umfang wurden in den Jahren 2016, 2017 und 2018 Ausgaben (ohne internen Aufwand) für **externe Dienstleistungen speziell für PEPP** (in tausend Euro) getätigt?

	2016	2017	2018
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 Kosten für Schulungen zur PEPP-Einführung _	€ TSD	€ TSD	€ TSD
22.5 Kosten für regelmäßige Schulungen zum Betrieb des PEPP-Entgeltsystems _	€ TSD	€ TSD	€ TSD
22.6 weitere Dienstleistungen _	☐ nein	☐ ja	
22.6.1 Wenn weitere Dienstleistungen: In welchem Bereich wurden weitere Investitionen vorgenommen?			
22.6.2 In welchem Umfang wurde in diesem Bereich investiert? (Angaben in tausend Euro)	Mio. TSD €	Mio. TSD €	Mio. TSD €

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 im Jahr 2017 bestanden.

Wenn Ihnen für das Jahr 2017 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 2017 besetzt?	nach Psych-PV vereinbarter Personalbedarf in Vollzeitäquivalenten	besetzte Stellen (im Jahresdurchschnitt)												
23.1 Ärzte _____	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>						
23.2 Pflegepersonal _____	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>						
23.3 Diplom-Psychologen _____	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>						
23.4 Ergotherapeuten _____	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>						
23.5 Bewegungstherapeuten / Krankengymnasten / Physiotherapeuten _____	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>						
23.6 Sozialarbeiter / Sozialpädagogen _____	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>						
23.7 Sprachheiltherapeuten, Logopäden (KJP) _____	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>						

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.

24. Wie war in den Jahren 2016, 2017 und 2018 die IT-Infrastruktur in Ihrer psychiatrische Einrichtung für PEPP aufgestellt?

2016	2017	2018
------	------	------

24.1 Anzahl PC-Arbeitsplätze _____

24.2 Anzahl User (Benutzeraccounts) für den laufenden Betrieb _____

24.3 Persistierender Speicher in **Terabyte** (1000 Gigabyte = 1 Terabyte) _____

24.4 Anzahl der betriebenen Serversysteme im Bereich Psych _____

25. Welche Software wurde in den Jahren 2016, 2017 und 2018 in Ihrer psychiatrischen Einrichtung für PEPP betrieben?

2016	2017	2018
------	------	------

25.1 KIS-System _____ ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

25.2 elektronische Patientenakte _____ ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

25.3 PEPP-Grouper _____ ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

25.4 Kodiersoftware _____ ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

25.5 Anzahl weiterer PEPP-Applikationen _____

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.

- 26.** Wie viele nach dem PEPP-Entgeltsystem abgerechnete Fälle* gab es in den Jahren 2016, 2017 und 2018 insgesamt und wie viele davon wurden einer Einzelfallprüfung durch den MDK unterzogen?

(Fälle nach Aufnahmedatum den Jahren zuordnen)

	2016	2017	2018
Anzahl mit PEPP abgerechneter Fälle insgesamt			
26.1 davon mit Einzelfallprüfung			
26.1.1 davon mit Korrektur der Bewertungsrelationen			
26.1.2 davon mit Korrektur der Verweildauer inkl. primäre Fehlbelegung			
26.1.3 davon mit Streichung von Zusatzentgelten			
26.1.4 davon mit Streichung ergänzender Tagesentgelte			
26.2 davon mit Klageverfahren			
26.3 Anzahl offener Fälle zum Jahresende (die außerhalb des Zahlungszieles liegen)			

- 27.** Wie viele nach **tagesgleichen Pflegesätzen** abgerechnete Fälle* gab es in den Jahren 2016, 2017 und 2018 insgesamt und wie viele davon wurden einer Einzelfallprüfung durch den MDK unterzogen?

	2016	2017	2018
Anzahl nach tagesgleichen Pflegesätzen abgerechneter Fälle insgesamt			
27.1 davon mit Einzelfallprüfung			
27.1.1 davon mit Korrektur der Verweildauer			
27.2 davon mit Klageverfahren			
27.3 Anzahl offener Fälle zum Jahresende (die außerhalb des Zahlungszieles liegen)			

* Unter "abgerechnete Fälle" werden, sofern vorliegend, zusammengeführte Fälle verstanden.

Abschlussfragen zum Teil A

28. Welche Aspekte des PEPP-Entgeltsystems sahen Sie im Verwaltungsbereich in dem Zeitraum von 2016-2018 als problematisch an?

29. Welche Aspekte des PEPP-Entgeltsystems sahen Sie im Verwaltungsbereich in dem Zeitraum von 2016-2018 als vorteilhaft für Ihre Einrichtung an?



Fragebogen

Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik

zur Krankenhausbefragung
zum 2. Forschungszyklus



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

2016**2017****2018**

1. Haben Sie im Zeitraum von 2016-2018 neue einzeltherapeutische Verfahren / neue Schwerpunkte eingeführt?

☐ ja☐ ja☐ ja☐ nein☐ nein☐ nein

Wenn ja: Welche neuen Verfahren / Schwerpunkte haben Sie eingeführt?

Wenn mehrere Verfahren eingeführt wurden, dann beziehen sich die nachfolgenden fünf Fragen auf alle diese Verfahren insgesamt.

1.1 Name des/der neuen Verfahren(s) / Schwerpunkte(s) _____

1.2 Kurze Beschreibung des/der Verfahren(s) / Schwerpunkte(s) _____

1.3 Wann wurde das erste Verfahren eingeführt? _____

2 0

1.4 Anzahl damit behandelter Fälle pro Jahr _____

1.5 Wurden dafür andere Verfahren / Schwerpunkte eingestellt / reduziert? _____

☐ nein☐ reduziert☐ eingestellt

Neue Gruppentherapie

2016**2017****2018**

2. Haben Sie im Zeitraum von 2016-2018 neue gruppentherapeutische Verfahren eingeführt? (z.B. tiergestützte Therapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, ...)

☐ ja☐ ja☐ ja☐ nein☐ nein☐ nein

Wenn ja:

2.1 Anzahl neuer gruppentherapeutischer Verfahren _____

Wenn mehrere Verfahren eingeführt wurden, dann beziehen sich die nachfolgenden fünf Fragen auf alle diese Verfahren insgesamt.

2.1.1 Name des/der neuen gruppentherapeutischen Verfahren(s) _____

2.1.2 Kurze Beschreibung des/der neuen gruppentherapeutischen Verfahren(s) _____

2.1.3 Wann wurde das erste Verfahren eingeführt? _____

2 0

2.1.4 Anzahl damit behandelter Fälle pro Jahr _____

2.1.5 Wurden dafür andere Verfahren / Schwerpunkte eingestellt / reduziert? _____

☐ nein☐ reduziert☐ eingestellt

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;  =immer

2016	2017	2018
------	------	------

3. Gibt es einen schriftlich dokumentierten Aufnahmeprozess?_____

								
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Wird der Aufnahmeprozess wie beschrieben umgesetzt?_____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. Durchlaufen die Patienten eine diagnostische Aufnahme?_____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Erhält jeder Patient einen Behandlungsplan?_____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7. Werden Patienten nach dafür definierten klinischen Pfaden behandelt?_____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7.1 Wenn ja: Für welche Diagnosen?

8. Erfolgt eine Pfaddokumentation im Krankenhausinformationssystem (KIS)?_____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9. Gibt es eine digitale Patientenakte?_____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10. Werden Fallmanager eingesetzt?_____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11. Finden Fallkonferenzen statt?_____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11.1 Werden diese dokumentiert?_____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12. Finden regelmäßige Teamsitzungen statt?_____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12.1 Werden diese dokumentiert?_____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

13. Gib es strukturierte Verlaufskontrollen?_____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

14. Wird Bedarf an Patientensupervision systematisch erhoben?_____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

15. Wird dieser Bedarf durch ausgebildete Supervisoren gedeckt?_____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

	2016			2017			2018		
16. Werden Patienten bei Bedarf durch Teams von psychiatrischen und somatischen Ärzten (auch konsiliarisch) versorgt? _____									
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Sind die organisatorischen Abläufe dokumentiert?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17.1 Wird danach gehandelt? _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Ist die Weiterbehandlung der Patienten organisiert? (z.B. weiterbehandelnde Fachärzte und Psychotherapeuten, Sicherstellen der Medikamentenversorgung) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Werden Folgetermine mit Patienten bei Bedarf systematisch vereinbart? _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Wird bei jedem Patienten eine Entlasscheckliste / Entlassleitfaden angewendet? _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Fragen zur Patient-Therapeut Beziehung und zur Ergebnisqualität

Bitte bewerten Sie folgende Aussagen:

= verbessert
 = leicht verbessert
 = unverändert
 = leicht verschlechtert
 = verschlechtert

	2016					2017					2018				
21. Hat sich die Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten gegenüber dem Vorjahr verändert?															
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
21.1 Bei Veränderungen: Können Sie Gründe angeben, die zu der Veränderung geführt haben?															
22. Hat sich der Behandlungserfolg bei den in Ihrer Einrichtung behandelten Patienten grundsätzlich verändert?															
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
22.1 Bei Veränderungen: Können Sie Gründe angeben, die zu der Veränderung geführt haben?															

Fragen zum Entlassmanagement

2016	2017	2018
------	------	------

23. Haben Sie in den Jahren 2016, 2017 und 2018 Entlassmanagement nach §39 SGB V durchgeführt?

☐ ja
☐ nein

☐ ja
☐ nein

☐ ja
☐ nein

Wenn ja:

Für wie viele Patienten haben Sie in diesen Jahren folgende Leistungen bei Entlassung organisiert?

23.1 stationäre Anschlussheilbehandlung_____

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

23.2 ambulante Versorgungsformen_____

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

23.3 Überleitungspflege_____

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

23.4 unterstützte Beschäftigung bei Entlassung_____

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

23.5 andere_____

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

24. 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 Aufwandes in **Minuten pro Fall**; Abnahme = "-" Zunahme = "+")

2016	2017	2018
------	------	------

☐	-	☐

☐	-	☐

☐	-	☐

Wenn es Ihnen möglich ist, dann geben Sie Ihre Schätzungen bitte auch getrennt nach Berufsgruppen an:

24.1 Ärzte_____

☐	-	☐

☐	-	☐

☐	-	☐

24.2 Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten, Diplom-Psychologen_____

☐	-	☐

☐	-	☐

☐	-	☐

24.3 weitere Therapeuten_____

☐	-	☐

☐	-	☐

☐	-	☐

24.4 Pflegepersonal_____

☐	-	☐

☐	-	☐

☐	-	☐

24.5 Sozialdienste_____

☐	-	☐

☐	-	☐

☐	-	☐

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:

25. Gibt es einen Gemeindepsychiatrischen Verbund in der Region? _____
- ☐ nein ☐ ja
- 25.1 **Wenn ja**, welche Bedeutung hat dieser für die psychiatrische Versorgung Ihrer Patienten in der Region? _____
- ☐ wesentlich ☐ mittelmäßig
☐ kaum ☐ keine
26. Haben sich im Zeitraum 2016-2018 wesentliche neue Netzwerke gebildet oder bestehende Netzwerke wesentlich verändert? _____
- ☐ nein ☐ ja
- ☐ wesentlich ☐ mittelmäßig
- 26.1 **Wenn ja**, welche Relevanz haben diese für die Versorgung Ihrer Patienten? _____
- ☐ kaum ☐ keine

Abschlussfragen zum Teil B

27. Welche Aspekte des PEPP-Entgeltsystems sahen Sie im patientennahen Bereich in dem Zeitraum von 2016-2018 als problematisch an?

28. Welche Aspekte des PEPP-Entgeltsystems sahen Sie im patientennahen Bereich in dem Zeitraum von 2016-2018 als vorteilhaft für Ihre Einrichtung an?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

A.1.2. Beschreibung der Stichprobe

Tabelle A.1.: Bettenzahlen (laut Bettenplan)

	1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus			
	2013	2014	2015	MW_1	2016	2017	2018	MW_2
insgesamt ($n_1 = 74, n_2 = 78$)	164	170	171	168	170	172	173	171
davon KJP ($n_1 = 26, n_2 = 27$)	45,5	46,6	47,0	46,3	57,0	58,5	58,8	58,1
KJP (in Prozent)	27,7	27,5	27,4	27,5	33,6	34,0	34,0	33,9
Klinik ($n_1 = 41, n_2 = 49$)	198	204	206	203	200	204	207	204
davon KJP ($n_1 = 14, n_2 = 17$)	52,6	53,9	54,6	54	62,4	63,6	63,9	63
KJP (in Prozent)	26,6	26,4	26,5	26,5	31,2	31,2	30,9	31,1
Fachabt. ($n_1 = 31, n_2 = 28$)	113	117	118	116	114	114	112	113
davon KJP ($n_1 = 11, n_2 = 9$)	36,9	37,8	37,8	38	50,7	52,8	53,0	52
KJP (in Prozent)	32,7	32,4	32,1	32,4	44,4	46,1	47,4	46,0

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle A.2.: Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze

	1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus			
	2013	2014	2015	MW_1	2016	2017	2018	MW_2
insgesamt ($n_1 = 68, n_2 = 76$)	46,8	49,5	50,2	48,8	52,0	53,5	55,6	53,7
davon KJP ($n_1 = 26, n_2 = 28$)	20,5	21,8	21,9	21,4	24,3	25,7	26,9	25,6
KJP (in Prozent)	43,9	44,2	43,6	43,9	46,7	48,0	48,4	47,7

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle A.3.: Anzahl vollstationärer Fälle

	1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus			
	2013	2014	2015	MW_1	2016	2017	2018	MW_2
insgesamt ($n_1 = 73, n_2 = 77$)	2 346	2 349	2 382	2 359	2 330	2 333	2 422	2 362
davon KJP ($n_1 = 26, n_2 = 25$)	403	410	422	411	457	469	472	466
KJP (in Prozent)	17,2	17,4	17,7	17,4	19,6	20,1	19,5	19,7

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle A.4.: Anzahl teilstationärer Fälle

	1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus			
	2013	2014	2015	MW_1	2016	2017	2018	MW_2
insgesamt ($n_1 = 68, n_2 = 76$)	470	471	493	478	462	473	485	473
davon KJP ($n_1 = 27, n_2 = 27$)	158	142	212	171	141	143	157	147
KJP (in Prozent)	33,7	30,1	42,9	35,7	30,5	30,3	32,4	31,1

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle A.5.: Anzahl Berechnungstage

	1. Forschungszyklus				2. Forschungszyklus			
	2013	2014	2015	MW ₁	2016	2017	2018	MW ₂
Insgesamt ($n_1 = 71, n_2 = 78$)	67 369	66 691	67 541	67 200	68 332	69 079	70 108	69 173
davon KJP ($n_1 = 26, n_2 = 27$)	18 803	19 169	19 296	19 089	20 938	21 065	21 351	21 118
KJP (in Prozent)	27,9	28,7	28,6	28,4	30,6	30,5	30,5	30,5

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle A.6.: Verteilung der teilnehmenden Einrichtungen 2013–2015

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.

Tabelle A.7.: Verteilung der teilnehmenden Einrichtungen 2016-2018

Bundesland	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kum. Häufigkeiten	Kum. Prozente
Nordrhein-Westfalen	25	32,1	32,1	25	32,1
Niedersachsen	8	10,3	10,3	33	42,3
Rheinland-Pfalz	8	10,3	10,3	41	52,6
Bayern	7	9,0	9,0	48	61,5
Baden-Württemberg	5	6,4	6,4	53	67,9
Hessen	4	5,1	5,1	57	73,1
Sachsen	4	5,1	5,1	61	78,2
Thüringen	4	5,1	5,1	65	83,3
Berlin	3	3,8	3,8	68	87,2
Mecklenburg-Vorpommern	3	3,8	3,8	71	91,0
Brandenburg	2	2,6	2,6	73	93,6
Saarland	2	2,6	2,6	75	96,2
Hamburg	1	1,3	1,3	76	97,4
Sachsen-Anhalt	1	1,3	1,3	77	98,7
Schleswig-Holstein	1	1,3	1,3	78	100,0
Gesamtsumme	78	100,0	100,0		

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

A.2. Befragung der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen

A.2.1. Fragebogen

■ Begleitforschung Psychiatrie

Fragebogen

zur Befragung der Krankenkassen und
Krankenversicherungsunternehmen

zum 2. Forschungszyklus

Basisdaten

1. Versicherungszweig_____ ☐ Gesetzliche Krankenkasse ☐ Private Krankenversicherung

2. Kassenart_____ ☐ AOK ☐ BKK
☐ IKK ☐ Ersatzkasse
☐ Knappschaft ☐ LKK

3. Räumlicher Bezug_____ ☐ bundesweit ☐ landesweit / regional

4. Anzahl Versicherte in 2018__ ☐ < 50.000 ☐ >= 200.000 bis < 500.000
☐ >= 50.000 bis < 200.000 ☐ >= 500.000 bis < 1.000.000
☐ >= 1.000.000

5. Gab es in den Jahren 2016, 2017 und 2018 Fusionen mit anderen Krankenkassen bzw. Krankenversicherungen? ☐ nein ☐ ja

5.1 Wenn ja, wann mit welcher Krankenkasse bzw. Krankenversicherung?

2	0		
---	---	--	--

 mit _____

5.2 Wenn ja, wann mit welcher Krankenkasse bzw. Krankenversicherung?

2	0		
---	---	--	--

 mit _____

5.3 Wenn ja, wann mit welcher Krankenkasse bzw. Krankenversicherung?

2	0		
---	---	--	--

 mit _____

6. Wann haben Sie in Ihrer Einrichtung mit den Vorbereitungen für die Implementierung des PEPP-Vergütungssystems begonnen?

--	--

 Monat

--	--	--	--

 Jahr

(zeitliche Zuordnung nach Aufnahmedatum)

2016	2017	2018
------	------	------

7. Anteil Fach-KH Psychiatrie / KH mit Abteilung Psych., die nach PEPP abrechnen (am Ende des jeweiligen Jahres)

--	--	--	--

 %

--	--	--	--

 %

--	--	--	--

 %

8. Anzahl abgerechneter Fälle, die in Psych-KH/Abteilungen vollstationär behandelt wurden__

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

8.1 davon Anzahl mit PEPP abgerechneter Fälle_____

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Fragen zur IT-Ausstattung

	2016	2017	2018
9. Wurden in den Jahren 2016, 2017 und 2018 im IT-Bereich Ihrer Einrichtung Veränderungen für das PEPP-Entgeltsystem beim Datenübermittlungsverfahren durchgeführt?	☐ ja ☐ nein ☐ betrifft uns nicht	☐ ja ☐ nein ☐ betrifft uns nicht	☐ ja ☐ nein ☐ betrifft uns nicht
10. Wurden in den Jahren 2016, 2017 und 2018 im IT-Bereich Ihrer Einrichtung Veränderungen für das PEPP-Entgeltsystem bei den Rechnungsprüfungsprogrammen durchgeführt?	☐ ja ☐ nein ☐ betrifft uns nicht	☐ ja ☐ nein ☐ betrifft uns nicht	☐ ja ☐ nein ☐ betrifft uns nicht

11. Mussten wegen des PEPP-Entgeltsystems im Zeitraum 2016-2018 wesentliche Investitionen im Bereich der IT-Hardware vorgenommen werden?

☐ nein ☐ ja

11.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese kurz.

12. Mussten wegen des PEPP-Entgeltsystems im Zeitraum 2016-2018 die IT-Strukturen wesentlich verändert werden?

☐ nein ☐ ja

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese kurz.

Fragen zur Personalausstattung

13. Wie viele Mitarbeiter (VK) waren in den Jahren 2016, 2017 und 2018 mit der Abrechnung von in Psych-KH/Abteilungen behandelten Fällen beschäftigt? (bitte schätzen Sie den Anteil an VK, wenn die gleichen Mitarbeiter auch mit anderen Aufgaben betraut sind) (Angabe von Vollzeitäquivalenten im Jahresdurchschnitt)

2016	2017	2018
,	,	,

Wenn es Ihnen möglich ist, differenzieren Sie diese Angaben bitte nach Qualifikation:

- 13.1 mit wirtschaftlichem oder juristischem Studium (Diplom-Kaufmann, BWL, VWL, Gesundheitsökonom, Jurist)_____

,	,	,
---	---	---

- 13.2 mit medizinischem universitären Hintergrund (u.a. Ärzte)_____

,	,	,
---	---	---

- 13.3 mit Informatik-Studium_____

,	,	,
---	---	---

- 13.4 sonstige Akademiker_____

,	,	,
---	---	---

- 13.5 mit sozialversicherungs- oder kaufmännischer Ausbildung_____

,	,	,
---	---	---

- 13.6 mit pflegerischer Ausbildung_____

,	,	,
---	---	---

- 13.7 mit IT-Ausbildung (Fachinformatiker)_____

,	,	,
---	---	---

- 13.8 sonstige nicht-akademische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter_____

,	,	,
---	---	---

Fragen zu den internen Ausgaben

Welche Aufwände wurden in Ihrer Einrichtung in den Jahren 2016, 2017 und 2018 für den Bereich getätigt, der für die Abrechnung von in Psych-KH/Abteilungen behandelten Fällen zuständig war?
(wenn eine eindeutige Zuordnung zu diesem Bereich nicht möglich ist, bitte schätzen)

	2016	2017	2018
14. Weiterbildung des Personals für o.g. Themen insgesamt (Anzahl Schulungstage pro Mitarbeiter)_____			
14.1 davon interne Schulungen_____			
14.2 davon externe Schulungen_____			
14.3 davon Schulungen mit dem MDK_____			
15. Aufwand für externe Beraterleistungen (Anzahl Beratertage)_____			
16. Wurden Leistungen in den Jahren 2016, 2017 und 2018 vom Bereich, der für die Abrechnung von in Psych-KH/Abteilungen behandelten Fällen zuständig war, zu externen Dienstleistern ausgelagert?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
16.1 Wenn ja, schätzen Sie bitte den Anteil der ausgelagerten Leistungen an dem gesamten Aufwand für die Abrechnung von in Psych-KH/Abteilungen behandelten Fällen ab.	%	%	%
16.2 Wenn ja, steht die Auslagerung der Leistungen ganz oder teilweise im Zusammenhang mit dem PEPP Entgeltsystem?	☐ ja ☐ teilweise ☐ nein	☐ ja ☐ teilweise ☐ nein	☐ ja ☐ teilweise ☐ nein



2016	2017	2018
------	------	------

17. Gab es in den Jahren 2016, 2017 und 2018 wesentliche Anpassungen an den Abläufen der Rechnungsprüfung, die im Zusammenhang mit dem PEPP-Entgeltsystem stehen?

☐ ja

☐ ja

☐ ja

☐ nein

☐ nein

☐ nein

17.1 Wenn ja, welche?

Durchführung der Rechnungsprüfungen
(zeitliche Zuordnung nach Aufnahmedatum; wenn keine exakten Zahlen vorliegen, bitte Schätzungen vornehmen)

18. Anzahl Fallsteuerungen pro 100 behandelter Fälle, abgerechnet mit tagesgleichen Pflegesätzen (Eingreifen im Laufe der Behandlungen)

19. Anzahl Fallsteuerungen pro 100 PEPP-Fälle (Eingreifen im Laufe der Behandlungen)

20. Anzahl auffälliger Fälle pro 100 Fälle, abgerechnet mit tagesgleichen Pflegesätzen (auffällig gemäß formaler ggf. automatisierter Prüfrichtlinien oder Prüfprogramme)

21. Anzahl auffälliger Fälle pro 100 PEPP-Fälle (auffällig gemäß formaler ggf. automatisierter Prüfrichtlinien oder Prüfprogramme)

22. Durchschnittliche Veränderung pro Rechnungsprüfung für nach PEPP abgerechneten Fällen im Vergleich zu mit tagesgleichen Pflegesätzen abgerechneten Fällen in Prozent (Aufwand tagesgleiche Pflegesätze = 100%)

 %

 %

 %
 

Fragen zur Integrierten Versorgung

Wie viele Versicherte waren in den Jahren 2016, 2017 und 2018 in Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140b Abs. 1 Nr. 2 SGB V mit Bezug zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung eingeschrieben?

	2016	2017	2018
23. Anzahl Versicherte in IV-Verträgen gesamt _____			

A.3. Befragung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung

A.3.1. Fragebogen

Begleitforschung Psychiatrie

Fragebogen

zur Befragung der
Medizinischen Dienste der Krankenversicherung
(MDK)

zum 2. Forschungszyklus

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 2016, 2017 und 2018 einer sozialmedizinischen Fallberatung unterzogen?

2016	2017	2018
------	------	------

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 2016, 2017 und 2018 durchgeführt, die sich auf Fälle bezogen, die mit tagesgleichen / teilstationären Pflegesätzen abgerechnet wurden?

2016	2017	2018
------	------	------

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 jugend-psychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?) _

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.5 davon insgesamt im Inhouse-Verfahren durchgeführt _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Hinweis: Bei den Fragen 2.1 bis 2.5 sind Mehrfachnennungen möglich. Daher können die Summen aus 2.1 bis 2.5 größer sein als die Angaben unter 2.)

Wie viele Widerspruchsaufträge zu Fällen mit tagesgleichen / teilstationären Pflegesätzen wurden im jeweiligen Jahr bearbeitet?

2016	2017	2018
------	------	------

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: Bei den Fragen 3.1 bis 3.4 sind Mehrfachnennungen möglich. Daher können die Summen aus 3.1 bis 3.4 größer sein als die Angaben unter 3.)

Wie viele der unter 3. genannten Widerspruchsaufträge führten zu einer Änderung der Erstbewertung?

2016	2017	2018
------	------	------

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: Bei den Fragen 4.1 bis 4.4 sind Mehrfachnennungen möglich. Daher können die Summen aus 4.1 bis 4.4 größer sein als die Angaben unter 4.)

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 2016, 2017 und 2018 einer sozialmedizinischen Fallberatung unterzogen?

2016	2017	2018
------	------	------

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 2016, 2017 und 2018 durchgeführt, die sich auf Fälle bezogen, die mit PEPP abgerechnet wurden?

2016	2017	2018
------	------	------

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: Bei den Fragen 6.1 bis 6.4 sind Mehrfachnennungen möglich. Daher können die Summen aus 6.1 bis 6.4 größer sein als die Angaben unter 6.)

Wie viele Widerspruchsaufträge zu Fällen mit PEPP wurden im jeweiligen Jahr bearbeitet?

2016

2017

2018

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: Bei den Fragen 7.1 bis 7.3 sind Mehrfachnennungen möglich.
Daher können die Summen aus 7.1 bis 7.3 größer sein als die Angaben unter 7.)

Wie viele der unter 7. genannten Widerspruchsaufträge führten zu einer Änderung der Erstbewertung?

2016

2017

2018

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: Bei den Fragen 8.1 bis 8.3 sind Mehrfachnennungen möglich. Daher können die Summen aus 8.1 bis 8.3 größer sein als die Angaben unter 8.)

Fragen zur Personalausstattung

Wie hoch war der Personaleinsatz in den Jahren 2016, 2017 und 2018 für in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erbrachte voll- und teilstationäre Leistungen?
(Angabe in Vollzeitäquivalenten* im Jahresdurchschnitt)

	2016	2017	2018
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)

	2016	2017	2018
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. Doku- mentare, 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. Doku- mentare, Dokumentations- assistentInnen) _____	____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____
11.3 Verwaltung _____	____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____

* Für ein Vollzeitäquivalent werden 1.500 Std. p.a. zugrunde gelegt.

Abschlussfragen

12. Welche Aspekte des PEPP-Entgeltsystems sahen Sie in dem Zeitraum von 2016-2018 als problematisch an?

13. Welche Aspekte des PEPP-Entgeltsystems sahen Sie in dem Zeitraum von 2016-2018 als vorteilhaft an?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

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“

Versorgungskontext	Intervention	Forschungsdesign	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	

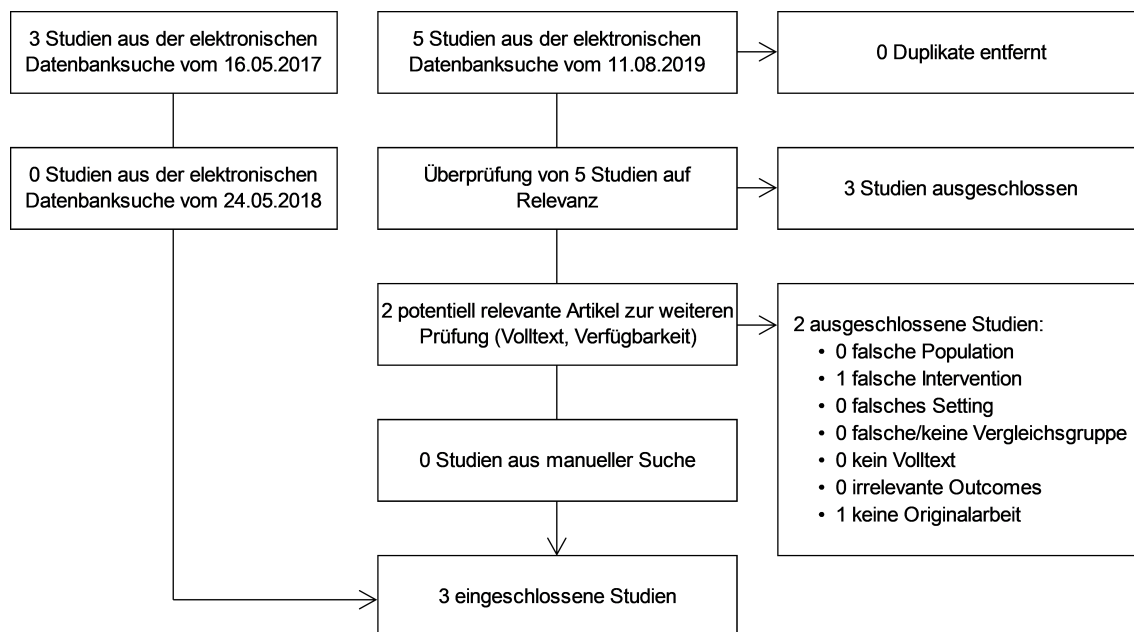


Abbildung B.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

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	284.502
2017	281.585
2018	280.860
Durchschnitt	288.237
Minimum	280.860
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	38,1
2017	38,2
2018	38,3
Durchschnitt	38,7
Minimum	38,1
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. Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	584	169	3,46	0,0007
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2017	315	141	2,23	0,0272
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung in den Jahren 2013-2017	-142	200	-0,71	0,4790
Beobachtungszahl	168			
Adj. R-Quadrat	0,7317			

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

Tabelle B.5.: Anteil Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit an allen 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 freiwilliger PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	-7,98	0,32	-24,89	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2017	-0,4	0,27	-1,48	0,1422
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung in den Jahren 2013-2017	0,33	0,38	0,88	0,3798
Beobachtungszahl	168			
Adj. R-Quadrat	0,9297			

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	590
2017	591
2018	588
Durchschnitt	584
Minimum	576
Maximum	591

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	73.008
2017	73.944
2018	
Durchschnitt	71.010
Minimum	67.942
Maximum	73.944

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

Tabelle B.8.: Anteil nicht in nächstgelegenen Krankenhaus aufgenommener Fälle an allen Fällen (in Prozent)

Anteil nicht in nächstgelegenen Krankenhaus aufgenommener Fälle an allen Fällen (in Prozent)	
2011	38,5
2012	38,8
2013	38,2
2014	37,8
2015	37,9
2016	37,3
2017	37,2
2018	38,3
Durchschnitt	38,0
Minimum	37,2
Maximum	38,8

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	34,5
2017	34,9
2018	35,0
Durchschnitt	33,4
Minimum	31,1
Maximum	35,0

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

Tabelle B.10.: 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 freiwilliger PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	-0,1	0	-3,47	0,0007
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2017	0,1	0	1,89	0,0610
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung in den Jahren 2013-2017	0,1	0	2,72	0,0073
Beobachtungszahl	168			
Adj. R-Quadrat	0,3569			

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

Tabelle B.11.: 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 freiwilliger PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	13	0,2	53,83	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2017	-0,4	0,2	-2,00	0,0476
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung in den Jahren 2013-2017	0,4	0,3	1,27	0,2072
Beobachtungszahl	168			
Adj. R-Quadrat	0,9844			

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	

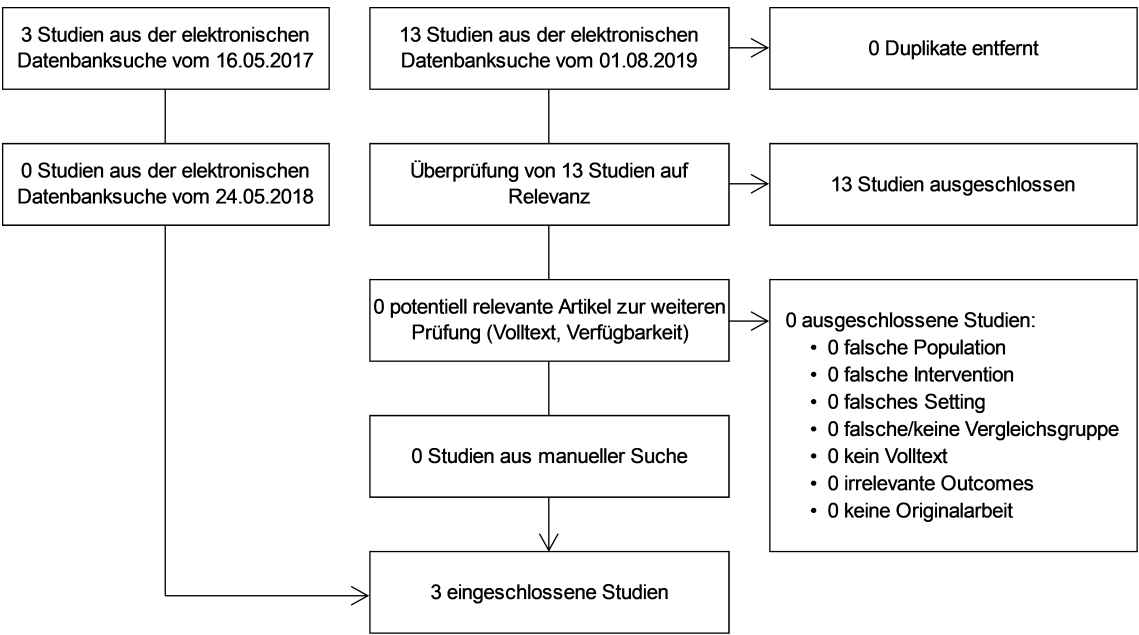


Abbildung C.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

C.2. Tabellarische Darstellungen

Tabelle C.2.: Mittlere Gesamtinvestitionen je Bett

Mittlere Gesamtinvestitionen je Bett			
	zusammen	nicht optiert (n1 = 28, n2 < 3)	optiert (n1 = 27, n2 = 24)
2013	19,1	32,7	5,0
2014	12,9	19,5	5,7
2015	10,3	12,1	8,4
2016	23,7		24,9
2017	27,1		27,4
2018	27,0		27,7
Durchschnitt	20,0	21,4	16,5
Minimum	10,3	12,1	5,0
Maximum	27,1	32,7	27,7

Anm.: Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle C.3.: Anzahl Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen

Anzahl Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen	
2011	442
2012	442
2013	440
2014	445
2015	444
2016	451
2017	450
2018	448
Durchschnitt	445
Minimum	440
Maximum	451

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

Tabelle C.4.: Anzahl Modellprojekte

Anzahl Modellprojekte	
2011	
2012	
2013	7
2014	14
2015	14
2016	19
2017	20
2018	21
Durchschnitt	16
Minimum	7
Maximum	21

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

Tabelle C.5.: 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	27.287
2017	33.742
2018	37.429
Durchschnitt	26.874
Minimum	20.538
Maximum	37.429

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

Tabelle C.6.: Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie)

Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie)	
2011	227
2012	229
2013	223
2014	213
2015	212
2016	213
2017	210
2018	
Durchschnitt	218
Minimum	210
Maximum	229

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

Tabelle C.7.: Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik)

Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik)	
2011	158
2012	164
2013	171
2014	173
2015	178
2016	179
2017	179
2018	
Durchschnitt	172
Minimum	158
Maximum	179

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

Tabelle C.8.: 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	5.128.092
2017	6.114.301
2018	6.516.132
Durchschnitt	4.468.845
Minimum	3.210.548
Maximum	6.516.132

Datenquelle: BMG, Daten der KJ1-Statistik.

Tabelle C.9.: Anzahl Fälle in Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V

Anzahl Fälle in Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V	
2011	
2012	
2013	544.064
2014	599.088
2015	631.108
2016	665.271
2017	678.740
2018	
Durchschnitt	623.654
Minimum	544.064
Maximum	678.740

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

Tabelle C.10.: 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	8.110.551
2017	7.558.121
2018	7.812.315
Durchschnitt	7.629.679
Minimum	6.822.726
Maximum	8.110.551

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“

Versorgungskontext	Intervention	Forschungsdesign	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	

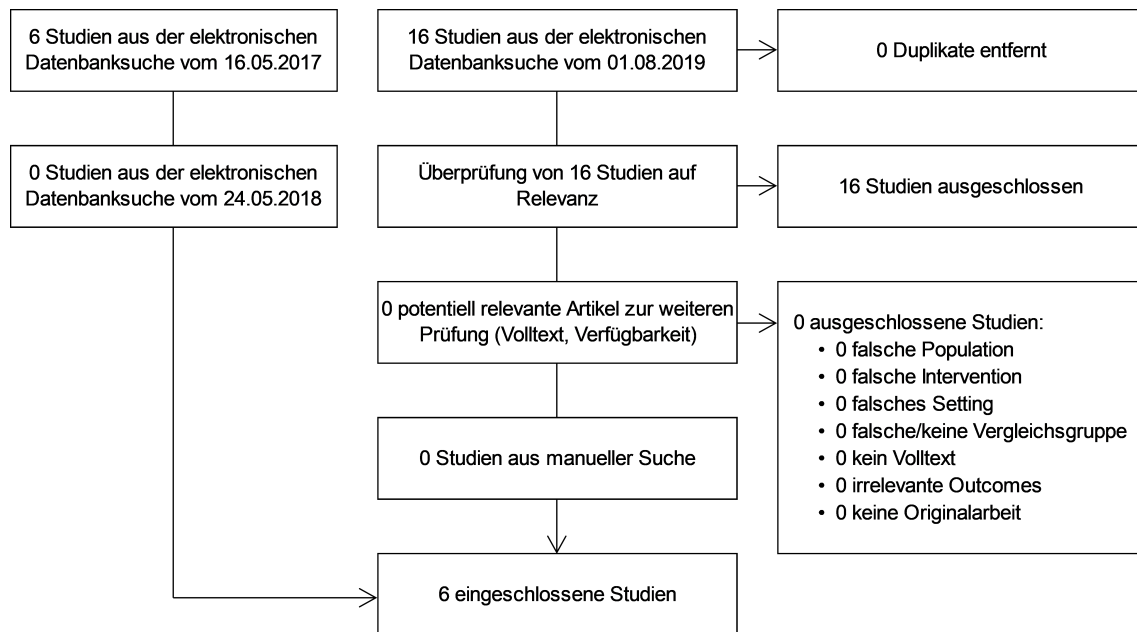


Abbildung D.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen der Fallzahl in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

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	1.073.775
2017	1.067.784
2018	1.065.995
Durchschnitt	1.070.318
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	1.323.323
2012	1.341.987
2013	1.355.214
2014	1.375.989
2015	1.366.418
2016	1.358.264
2017	1.348.562
2018	1.322.983
Durchschnitt	1.349.093
Minimum	1.322.983
Maximum	1.375.989

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

Tabelle D.4.: 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	93,44
2017	93,55
2018	
Durchschnitt	93,51
Minimum	93,28
Maximum	93,95

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

Tabelle D.5.: Anzahl Fälle

Anzahl Fälle				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	14.500	570	25,44	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2017	1.308	477	2,74	0,0068
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung in den Jahren 2013-2017	-582	674	-0,86	0,3895
Beobachtungszahl	168			
Adj. R-Quadrat	0,9359			

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

Tabelle D.6.: Anzahl PatientInnen

Anzahl PatientInnen				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	13.919	518	26,86	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2017	1.174	433	2,71	0,0075
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung in den Jahren 2013-2017	5	613	0,01	0,9936
Beobachtungszahl	168			
Adj. R-Quadrat	0,9452			

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	

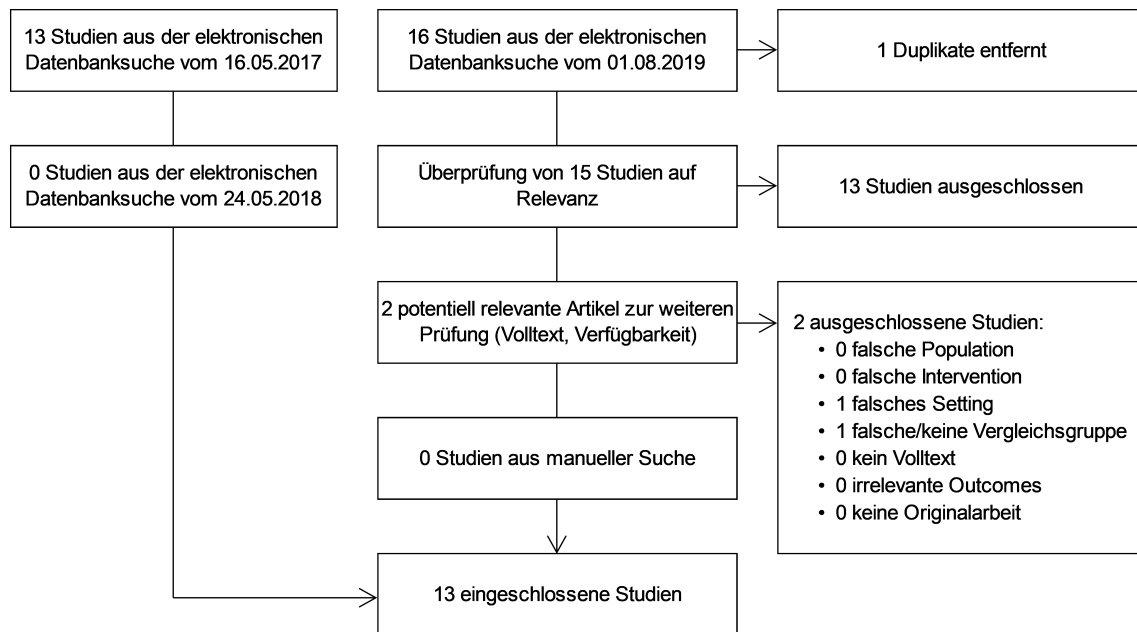


Abbildung E.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen der Behandlung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

E.2. Tabellarische Darstellungen

Tabelle E.2.: Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten gruppentherapeutischen Verfahren (in Prozent)

Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten gruppentherapeutischen Verfahren (in Prozent)			
	zusammen	nicht optiert (n ₁ = 38, n ₂ = 7)	optiert (n ₁ = 41, n ₂ = 77)
2013	11,6	17,1	7,3
2014	13,3	15,8	12,2
2015	23,8	28,2	22,0
2016	24,4	28,6	24,7
2017	18,6	14,3	19,5
2018	26,4	28,6	26,9
Durchschnitt	19,7	22,1	18,8
Minimum	11,6	14,3	7,3
Maximum	26,4	28,6	26,9

Anm.: Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle E.3.: 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	27.580.823
2017	27.564.057
2018	27.832.293
Durchschnitt	27.104.587
Minimum	25.532.380
Maximum	27.832.293

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

Tabelle E.4.: 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	59
2017	69
2018	70
Durchschnitt	66
Minimum	59
Maximum	70

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

Tabelle E.5.: 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	17,1
2017	19,5
2018	19,2
Durchschnitt	19,5
Minimum	17,1
Maximum	20,8

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

Tabelle E.6.: Anzahl Fälle mit Regelbehandlung (Erwachsene; vollstationär)

Anzahl Fälle mit Regelbehandlung (Erwachsene; vollstationär)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	25.364	652	38,91	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2017	614	545	1,13	0,2616
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung in den Jahren 2013-2017	696	771	0,90	0,3682
Beobachtungszahl	168			
Adj. R-Quadrat	0,9711			

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

Tabelle E.7.: Anzahl Fälle mit Intensivbehandlung (Erwachsene; vollstationär)

Anzahl Fälle mit Intensivbehandlung (Erwachsene; vollstationär)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	15.267	364	41,99	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2017	980	304	3,22	0,0016
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung in den Jahren 2013-2017	646	430	1,50	0,1352
Beobachtungszahl	168			
Adj. R-Quadrat	0,9755			

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

Tabelle E.8.: Mittlere Verweildauer (in Tagen)

Mittlere Verweildauer (in Tagen)	
2011	25,5
2012	25,4
2013	25,5
2014	26,1
2015	26,6
2016	27,4
2017	27,9
2018	28,2
Durchschnitt	26,6
Minimum	25,4
Maximum	28,2

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

Tabelle E.9.: Mittlere Verweildauer (in Tagen)

Mittlere Verweildauer in Tagen				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	8,1	0,1	54,20	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2017	-0,3	0,1	-2,02	0,0448
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung in den Jahren 2013-2017	0,8	0,2	4,79	0,0000
Beobachtungszahl	168			
Adj. R-Quadrat	0,9862			

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	

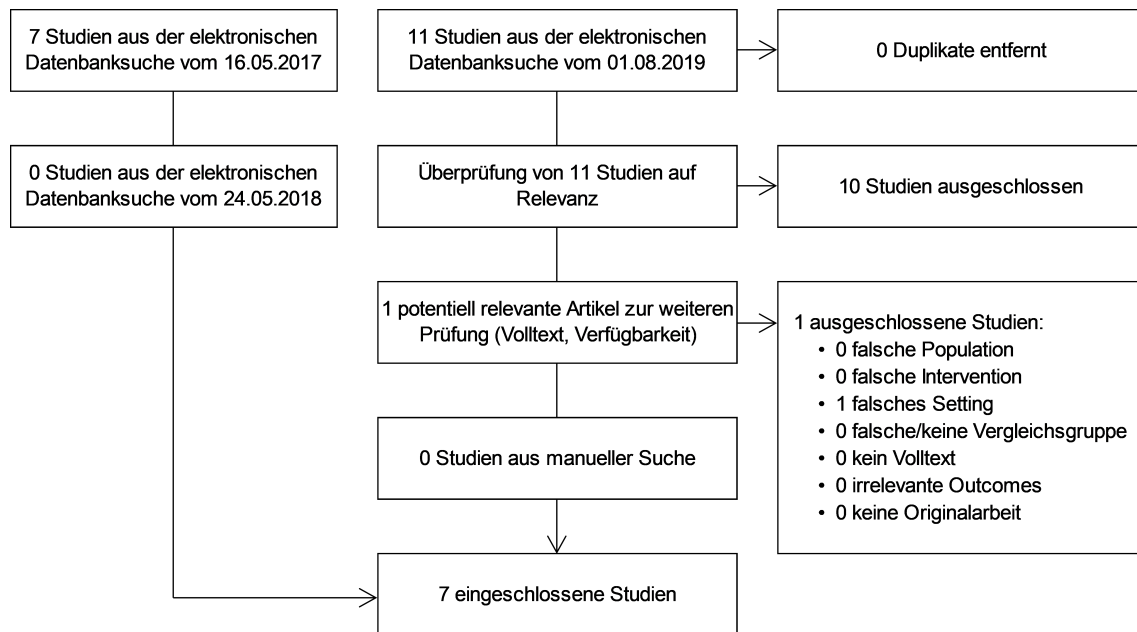


Abbildung F.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen der Kodierung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

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	11,2
2017	10,9
2018	10,5
Durchschnitt	12,1
Minimum	10,5
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	20.666
2017	19.406
2018	16.744
Durchschnitt	21.422
Minimum	16.744
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	2.767
2017	3.376
2018	721
Durchschnitt	4.060
Minimum	721
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	38
2017	38
2018	39
Durchschnitt	35
Minimum	26
Maximum	39

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. Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	1.784	83	21,61	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2017	-120	69	-1,74	0,0832
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung in den Jahren 2013-2017	-615	98	-6,30	0,0000
Beobachtungszahl	168			
Adj. R-Quadrat	0,8681			

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

Tabelle F.7.: 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 freiwilliger PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	-8,05	0,42	-19,28	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2017	4,74	0,35	13,55	0,0000
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung in den Jahren 2013-2017	2,65	0,49	5,36	0,0000
Beobachtungszahl	168			
Adj. R-Quadrat	0,8925			

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	

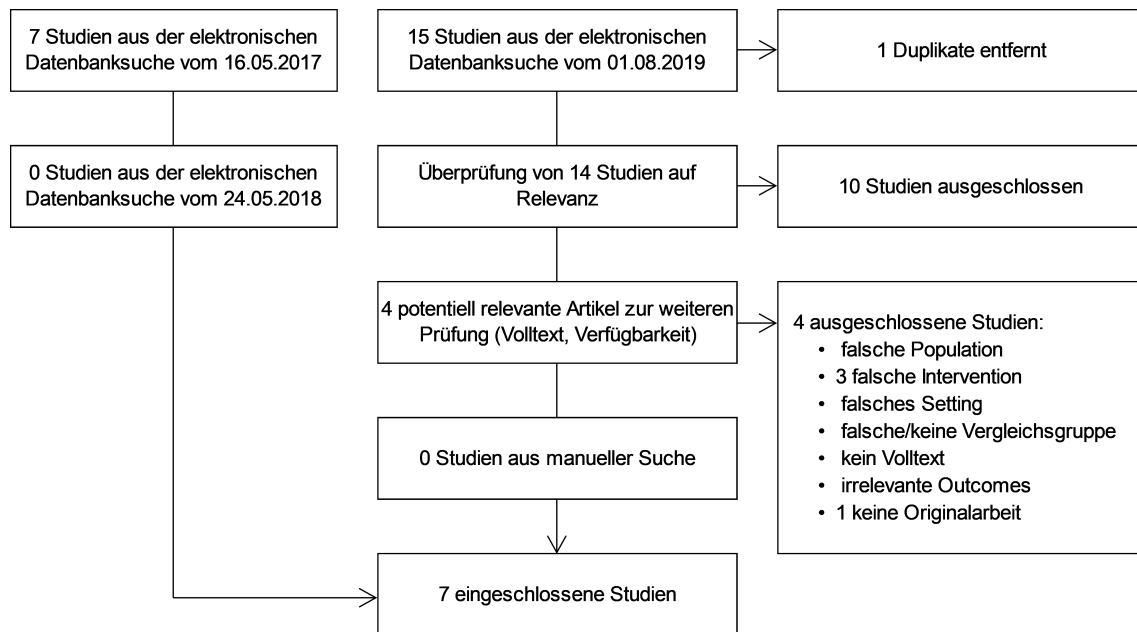


Abbildung G.1.: Studiensauswahl zu „Veränderungen der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

G.2. Tabellarische Darstellungen

Tabelle G.2.: Änderung der PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung

Änderung der PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung			
	zusammen	nicht optiert (n ₁ = 40, n ₂ = 6)	optiert (n ₁ = 40, n ₂ = 80)
2013	2,9	0,0	6,3
2014	1,8	-1,3	5,0
2015	-0,6	-3,7	2,5
2016	-2,8	0,0	-2,5
2017	0,6	-8,3	1,9
2018	-3,9	-7,1	-1,9
Durchschnitt	-0,3	-3,4	1,9
Minimum	-3,9	-8,3	-2,5
Maximum	2,9	0,0	6,3

Anm.: Wertebereich: –100 (verschlechtert) bis 100 (verbessert). Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle G.3.: Anteil entlassener Fälle mit mind. einem Arztkontakt innerhalb von einem Folgequartal nach Entlassung (in Prozent)

Anteil entlassener Fälle mit mind. einem Arztkontakt innerhalb von einem Folgequartal nach Entlassung (in Prozent)	
2011	
2012	
2013	37,03
2014	36,75
2015	36,77
2016	36,65
2017	34,89
2018	
Durchschnitt	36,42
Minimum	34,89
Maximum	37,03

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

Tabelle G.4.: Anteil entlassener Fälle mit mind. einem Arztkontakt innerhalb von drei Folgequartalen nach Entlassung (in Prozent)

Anteil entlassener Fälle mit mind. einem Arztkontakt innerhalb von drei Folgequartalen nach Entlassung (in Prozent)	
2011	
2012	
2013	25,1
2014	24,9
2015	25,0
2016	24,3
2017	22,6
2018	
Durchschnitt	24,4
Minimum	22,6
Maximum	25,1

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

Tabelle G.5.: Änderung des Behandlungserfolges

Änderung des Behandlungserfolges			
	zusammen	nicht optiert (n ₁ = 39, n ₂ = 6)	optiert (n ₁ = 39, n ₂ = 81)
2013	4,2	-1,3	9,0
2014	3,6	-1,3	6,4
2015	2,4	-3,9	6,4
2016	-0,6	8,3	-1,2
2017	2,8	8,3	2,4
2018	0,6	8,3	0,0
Durchschnitt	2,2	3,1	3,8
Minimum	-0,6	-3,9	-1,2
Maximum	4,2	8,3	9,0

Anm.: Wertebereich: –100 (verschlechtert) bis 100 (verbessert). Einrichtungen gelten als „optiert“, wenn sie bis zum Ende des jeweiligen Forschungszyklus freiwillig zur Abrechnung nach PEPP gewechselt haben.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle G.6.: 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	20
2012	19
2013	18
2014	17
2015	17
2016	16
2017	15
2018	14
Durchschnitt	17
Minimum	14
Maximum	20

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

Tabelle G.7.: 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	94.761
2017	94.969
2018	96.909
Durchschnitt	93.977
Minimum	86.122
Maximum	96.909

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

Tabelle G.8.: Anteil Entlassungen gegen ärztlichen 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 freiwilliger PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	0,41	0,08	5,11	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2017	0,08	0,07	1,16	0,2462
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit freiwilliger PEPP-Abrechnung in den Jahren 2013-2017	0,5	0,09	5,36	0,0000
Beobachtungszahl	168			
Adj. R-Quadrat	0,8338			

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	4.749.111.880
2017	5.030.261.610
2018	
Durchschnitt	4.348.166.804
Minimum	3.616.023.230
Maximum	5.030.261.610

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	306
2017	318
2018	
Durchschnitt	289
Minimum	261
Maximum	318

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	10,1
2017	10,2
2018	10,4
Durchschnitt	9,9
Minimum	9,3
Maximum	10,4

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 ₁ =21, n ₂ =13)	Rechnungsprüfungs- programme (n ₁ =26, n ₂ =21)
2013	47,6	84,6
2014	38,1	80,8
2015	33,3	76,9
2016	46,2	42,9
2017	30,8	33,3
2018	38,5	38,1
Durchschnitt	39,1	59,4
Minimum	30,8	33,3
Maximum	47,6	84,6

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

Tabelle H.5.: Mittlere Anzahl mit der Abrechnung psychiatrischer Fälle beschäftigter MitarbeiterInnen

Mittlere Anzahl mit der Abrechnung psychiatrischer Fälle beschäftigter MitarbeiterInnen					
	insgesamt (n1 = 25, n2 = 21)	wirtschaftl.- od. jurist. Studium (n1 < 3, n2 = 3)	sozialvers.- od. kaufm. Ausb. (n1 = 11, n2 = 7)	pflegerische Ausbild. (n1 = 7, n2 = 7)	sonst. nicht- akadem. Ausb. (n1 = 6, n2 = 3)
2013	7,9		7,8	0,3	0,8
2014	8,4		8,1	0,7	0,8
2015	9,2		8,4	0,9	1,2
2016	5,2	0,3	3,9	1,3	0,4
2017	5,8	0,3	4,2	1,0	0,4
2018	6,1	0,3	3,6	1,1	0,4
Durchschnitt	7,1	0,3	6,0	0,9	0,7
Minimum	5,2	0,3	3,6	0,3	0,4
Maximum	9,2	0,3	8,4	1,3	1,2

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

Tabelle H.6.: Mittlere Anzahl nach PEPP abgerechneter vollstationärer Fälle pro MitarbeiterIn

Mittlere Anzahl mit PEPP abgerechneter vollstationärer Fälle pro MitarbeiterIn	
(n₁=23, n₂=21)	
2013	156
2014	644
2015	1.062
2016	1.254
2017	1.418
2018	1.684
Durchschnitt	1.036,3
Minimum	156
Maximum	1.684

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

Tabelle H.7.: Mittlere Anzahl Schulungstage pro MitarbeiterIn

	Mittlere Anzahl Schulungstage pro MitarbeiterIn			
	insgesamt (n ₁ =26, n ₂ =19)	intern (n ₁ =22, n ₂ =17)	extern (n ₁ =17, n ₂ =15)	mit dem MDK (n ₁ =21, n ₂ =16)
2013	1,7	1,1	0,6	0,6
2014	1,9	1,4	0,4	0,7
2015	2,4	1,5	0,5	0,9
2016	2,5	0,8	1,8	0,4
2017	2,1	1,0	0,8	0,8
2018	2,6	1,1	0,7	1,1
Durchschnitt	2,2	1,2	0,8	0,8
Minimum	1,7	0,8	0,4	0,4
Maximum	2,6	1,5	1,8	1,1

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

Tabelle H.8.: Mittlere Anzahl Fallsteuerungen bzw. auffälliger Fälle pro 100 Fälle

Mittlere Anzahl Fallsteuerungen bzw. auffälliger Fälle pro 100 Fälle				
	Fallsteuer. TGPS (n ₁ =21, n ₂ =20)	Fallsteuer. PEPP (n ₁ =21, n ₂ =20)	auffällige Fälle TGPS (n ₁ =21, n ₂ =19)	auffällige Fälle PEPP (n ₁ =21, n ₂ =19)
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	31,1	31,1	10,4	26,9
2017	34,0	34,3	10,4	29,0
2018	31,8	33,6	8,7	29,1
Durchschnitt	31,4	31,6	16,4	31,9
Minimum	27,2	28,7	8,7	26,9
Maximum	34,1	34,3	25,0	36,8

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

Tabelle H.9.: 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) (n₁=18, n₂=10)	
2013	4,7
2014	8,4
2015	11,4
2016	15,9
2017	41,6
2018	45,6
Durchschnitt	21,3
Minimum	4,7
Maximum	45,6

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

Tabelle H.10.: Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die nach TGPS abgerechnet wurden

Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet wurden			
	insgesamt (n ₁ =13, n ₂ =10)	davon fallabschließend (n ₁ =11, n ₂ =7)	davon fallsteuernd (n ₁ =11, n ₂ =7)
2013	57.595	33.844	11.005
2014	52.669	29.177	10.139
2015	41.258	25.573	8.414
2016	15.204	17.462	6.375
2017	20.841	13.181	5.666
2018	14.290	8.640	4.013
Durchschnitt	33.643	21.313	7.602
Minimum	14.290	8.640	4.013
Maximum	57.595	33.844	11.005

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Tabelle H.11.: Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die nach PEPP abgerechnet wurden

Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden			
	insgesamt (n ₁ =12, n ₂ =10)	davon fallabschließend (n ₁ =10, n ₂ =7)	davon fallsteuernd (n ₁ =10, n ₂ =7)
2013	307	103	30
2014	8.824	5.363	2.568
2015	15.668	6.591	5.415
2016	27.633	9.307	5.860
2017	33.721	11.332	6.894
2018	26.984	9.906	5.194
Durchschnitt	18.856	7.100	4.327
Minimum	307	103	30
Maximum	33.721	11.332	6.894

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Tabelle H.12.: Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die nach TGPS abgerechnet wurden

Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet wurden				
	sozialmed. Fallber. (n ₁ =13, n ₂ =10)	Begutachtungen (n ₁ =14, n ₂ =10)	Widerspruchs- anträge (n ₁ =13, n ₂ =10)	insgesamt (n ₁ =10, n ₂ =10)
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	15.204	10.545	953	26.702
2017	20.841	9.062	926	30.829
2018	14.290	8.616	970	23.876
Durchschnitt	33.643	18.990	1.818	54.451
Minimum	14.290	8.616	926	23.876
Maximum	57.595	33.182	2.865	93.302

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Tabelle H.13.: Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die nach PEPP abgerechnet wurden

Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden				
	sozialmed. Fallber. (n ₁ =12, n ₂ =10)	Begutachtungen (n ₁ =12, n ₂ =10)	Widerspruchsan träge (n ₁ =10, n ₂ =10)	insgesamt (n ₁ =10, n ₂ =9)
2013	307	29		336
2014	8.824	6.303	140	15.267
2015	15.668	11.778	335	27.781
2016	27.633	28.043	505	56.181
2017	33.721	42.581	633	76.935
2018	26.984	46.629	1.109	74.722
Durchschnitt	18.856	22.561	544	41.870
Minimum	307	29	140	336
Maximum	33.721	46.629	1.109	76.935

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Tabelle H.14.: Anteil Widerspruchsverfahren an allen Fallprüfungen (in Prozent)

Anteil Widerspruchsverfahren an allen Fallprüfungen (in Prozent)		
	TGPS (n ₁ =12, n ₂ =10)	PEPP (n ₁ =12, n ₂ =10)
2013	2,7	0,0
2014	3,4	0,9
2015	4,0	1,2
2016	3,6	0,9
2017	3,0	0,8
2018	4,1	1,5
Durchschnitt	3,4	0,9
Minimum	2,7	0,0
Maximum	4,1	1,5

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.