

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

**Auftrag nach § 17d Abs. 8 KHG  
Endbericht für die Datenjahre 2011–2012**

2. Februar 2018

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

Hamburg Center for Health Economics,  
Universität Hamburg  
Esplanade 36  
20354 Hamburg  
[www.hche.de](http://www.hche.de)

BQS Institut für Qualität &  
Patientensicherheit GmbH  
Wendenstr. 375  
20537 Hamburg  
[www.bqs.de](http://www.bqs.de)

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

Tom Stargardt  
Martin Lambert  
Simon Frey  
Mathias Baumann  
Clara Pott  
Benjamin Birkner

Jan-Frederik Marx  
Birgit Linschmann  
Lukas Kwietniewski  
Norbert Birkner  
Amelie Weide  
Iris Schütze

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

Technische Umsetzung des explorativen Datenzugangs: Baqend GmbH, Vogt-Kölln-Straße  
30, 22527 Hamburg, [www.baqend.com](http://www.baqend.com)

# Kurzfassung

Mit dem Einstieg in das „pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP) erfolgt für die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung der Umstieg von krankenhausspezifischen, tagesgleichen Pflegesätzen hin zu einem stärker an der Ressourcenintensität der PatientInnen ausgerichteten Vergütungssystem. Ähnlich wie beim diagnosebezogenen Entgeltsystem (DRG) im somatischen Bereich werden beim PEPP-Entgeltsystem PatientInnen in krankenhausunabhängige, tagesbezogene und kostenhomogene Abrechnungsgruppen eingeteilt (die sogenannten PEPPs). Für jede dieser PEPPs ergibt sich eine an der Ressourcenintensität ausgerichtete Vergütung.

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 durchzuführen. Damit sollen insbesondere Veränderungen der Versorgungsstrukturen, der Qualität der Versorgung, die Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche sowie Art und Umfang von Leistungsverlagerungen untersucht werden.

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

Der vorliegende Endbericht umfasst die Datenjahre 2011 bis 2012. Entsprechend dem Forschungsauftrag wird der primäre Zweck verfolgt, die Ausprägungen von verschiedenen Indikatoren vor der weiteren Verwendung in zukünftigen Endberichten aufzunehmen („Bestandsaufnahme“). Der vorliegende Endbericht verfolgt somit nicht das Ziel, Aussagen zu den Auswirkungen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems zu tätigen. Vielmehr geht es darum, den Stand vor den ersten freiwilligen Anwendungen von PEPP zu erfassen und zu beschreiben. Dies legt die Grundlage für die Messung von Auswirkungen im zeitlichen Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems auf Basis der anschließenden Datenjahre 2013 bis 2018.

Gemäß dem Forschungsauftrag werden sowohl Primär- als auch Sekundärdaten herangezogen. Im Kern der Primärdatenerhebung steht eine Akteursbefragung. Im Rahmen von halbstrukturierten, leitfadengestützten Interviews werden Personen zur Ergebnis-, Verfahrens- und Qualitätstransparenz der Vergütung nach tagesgleichen Pflegesätzen sowie der Vergütung nach PEPP befragt. Die befragten Personen entstammen vier Gruppen: Leistungsempfänger, Leistungserbringer, Leistungsträger und wissenschaftliche Einrichtungen. Für die Sekundärdatenanalysen werden Daten nach § 21 KHEntgG, Daten des statistischen Bundesamtes (insb. „Grunddaten der Krankenhäuser“ und „Kostennachweis

der Krankenhäuser“), Daten der KJ1-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sowie Daten weiterer Datenhalter, u. a. Daten der obersten für Gesundheits- und Versorgungsaspekte zuständigen Landesbehörden, herangezogen.

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 die für diesen Endbericht zugrunde liegenden Daten für die publikationsfähigen Sekundärdaten ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)) einsehbar. Eine flexible Filter-Funktion ermöglicht es den interessierten LeserInnen, selbstständig die explorative Analyse auf ausgewählte Merkmale eines Indikators einzuschränken (z. B. nur auf ein bestimmtes Bundesland). Es stehen verschiedene Darstellungsoptionen als Auswahl zur Verfügung.

Die im vorliegenden Endbericht enthaltenen Auswertungen basieren auf 31 Indikatoren. Für diese werden auf Basis von Sekundärdaten sogenannte Lage- und Streuungsmaße für einzelne Jahre oder Untergruppen berechnet und anschließend beschreibend diskutiert. Die Auswertung der Primärdaten aus der Akteursbefragung erfolgt qualitativ. Die beschreibende Analyse steht im Rahmen der Untersuchungen der intertemporalen Veränderungen innerhalb des ersten zeitlichen Abschnitts der begleitenden Forschung im Vordergrund. Der Ergebnisteil des Endberichts ist nach Themen gegliedert, die auf die unterschiedlichen Aspekte in den Datenjahren 2011 bis 2012 in der psychosomatischen und psychiatrischen Versorgung eingehen. Dabei erfolgen jeweils eine systematische Literaturübersicht, eine Darstellung der empirischen Ergebnisse sowie eine Diskussion. In den folgenden Absätzen werden die Ergebnisse kurz zusammengefasst.

- Veränderungen des Zugangs (Kapitel 4): Bedingt durch eine größere Anzahl von Krankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind mehr potenzielle Zugänge zu Behandlungseinrichtungen für psychiatrische PatientInnen beobachtbar. Dies könnte jedoch auch auf Ungenauigkeiten in der Kodierung des Merkmals „Regionale Pflichtversorgung“ zurückzuführen sein. Gleichzeitig wurden eine geringfügige Zunahme der durchschnittlich zurückgelegten Entfernung sowie ein geringfügig größerer Anteil von PatientInnen, der nicht in die am nächsten liegende stationäre Einrichtung zur Behandlung aufgenommen wurde, festgestellt. Beides könnte eher auf einen verringerten Zugang zu den Behandlungseinrichtungen hindeuten. Weiterhin ist zu beachten, dass die Änderungen insgesamt zwar geringfügig sind, sich aber starke regionale Schwankungen zwischen den Bundesländern ergeben. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich unterschiedliche Trends hinsichtlich ländlicher und städtischer Versorgungsräume ergeben. Auch zeigt sich in Bezug auf die Veränderung der Anzahl der Betten in Krankenhäusern, die eine regionale Versorgungsverpflichtung haben, auf Ebene der Bundesländer eine relativ große Spannweite. Auffällig ist die vergleichsweise stärkere Zunahme an vollstationären Betten in Krankenhäusern, die keine regionale Versorgungsverpflichtung haben, um insgesamt 3,3 Prozent (zu 0,03 Prozent in Krankenhäusern, die eine regionale Versorgungsverpflichtung haben), während sich bei teilstationären Plätzen in dieser Hinsicht kein

deutlicher Unterschied zeigt. Im Rahmen der Begleitforschung bezieht sich die Beurteilung des Zugangs zur Versorgung auf den (teil-)stationären Bereich. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss also berücksichtigt werden, dass keine Daten zur ambulanten Versorgung vorliegen, die das Ausmaß des Zugangs zur Gesundheitsversorgung maßgeblich mit beeinflusst.

- Veränderungen der Strukturen (Kapitel 5): Die Analysen zeigen, dass die grundsätzlichen stationären Versorgungsstrukturen vor der ersten freiwilligen Anwendung von PEPP relativ stabil geblieben sind. Allerdings muss bei der Interpretation auch das Risiko einer fehlenden Datenübermittlung bei Einrichtungen, die erst seit Kurzem eine psychiatrische Institutsambulanz betreiben, berücksichtigt werden. Psychiatrische Institutsambulanzen können jedoch auch in Kooperation mit Tageskliniken oder sogar eigenständig hiervon existieren. Der beobachtete Zuwachs an psychiatrischen Institutsambulanzen könnte daher auch abseits von psychiatrischen Krankenhäusern erfolgt sein. Bei den spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen (solche, die eine Fachabteilung „Psychiatrie und Psychotherapie“ bzw. „psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik“ hatten) ist ein positiver Trend zu verzeichnen. Diese Entwicklung erscheint vor dem Hintergrund der langfristigen Anpassungen der Kapazitäten in der Rehabilitation schlüssig. Unter Einbeziehung von Daten der Jahre 2008 bis 2010 zeigt sich, dass hier ein langfristiger Trend vorliegt. Die Ergebnisse lassen allerdings keine belastbare Ableitung einer Verschiebung zwischen den Sektoren zu.
- Veränderungen der Fallzahl (Kapitel 6): Die bisherigen Ergebnisse sind heterogen und zeigen keinen klaren Trend. Die Zahl der voll- und teilstationären Fälle ist im Jahr 2012 gegenüber dem Vorjahr um 2,2 Prozent gestiegen. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass sich die Abrechnungsregeln, z. B. im Hinblick auf die Fallzusammenführung, und der administrative Umgang mit Beurlaubungen krankenhausesindividuell verändert haben könnten. Diese technischen Effekte haben einen eher reduzierenden Effekt auf die Verweildauer und könnten daher die Abnahme der mittleren Verweildauer, ggf. zum Teil, erklären. Ob die gemessenen Veränderungen auf die anstehenden ersten freiwilligen Anwendungen von PEPP zurückzuführen sind, kann anhand der vorliegenden Datenbasis nicht abschließend geklärt werden. Die ausgewerteten Indikatoren zur Anzahl von Unterbringungsverfahren und -genehmigungen sind nur sehr bedingt mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems in Verbindung zu bringen, da etwaige Schwankungen vor allem durch Anpassungen des Entscheidungsverhaltens von Gerichten als Reaktion auf Gesetzesänderungen in 2011 zu erklären sein dürften.
- Veränderungen der Behandlung (Kapitel 7): Die Analysen deuten bei der Anzahl der Behandlungstage im psychiatrischen Behandlungsbereich auf eine Zunahme in den beiden Jahren vor der ersten freiwilligen Anwendung von PEPP hin, bei der mittleren Verweildauer hingegen auf eine Abnahme. Dies könnte im Zusammenhang mit einer generellen Tendenz zum Kapazitätsausbau (z. B. Anstieg der Bettenzahl)

stehen. Der Anstieg der Behandlungstage in der vollstationären Versorgung könnte auf eine gestiegene Nachfrage infolge einer Veränderung des Fallspektrums zurückzuführen sein. Die Analyse von Diagnosen wäre an dieser Stelle hilfreich, ist allerdings auf Basis der vorliegenden Daten noch nicht vollumfänglich durchführbar. Auch vergütungsbedingte Anreize könnten die Abnahme der mittleren Verweildauer erklären.

- Veränderungen der Kodierung (Kapitel 8): Die Ergebnisse lassen erste Rückschlüsse auf mögliche Trends in der Qualität der Kodierung bereits vor den ersten freiwilligen Anwendungen von PEPP zu. Der Anteil der Fälle mit häufigen Begleiterkrankungen an allen Fällen vom Jahr 2011 auf das Jahr 2012 ist um ca. 3,5 Prozentpunkte gestiegen. Im Rahmen der Begleitforschung wird zu klären sein, inwieweit diese Steigerung auf eine vollständigere Dokumentation im Vorgriff auf die Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik zurückzuführen ist. Möglicherweise spielen auch Lerneffekte in der Anwendung der Kodierrichtlinien eine Rolle. Der Anteil der Fälle mit unspezifischer Kodierung an Fällen mit spezifischer Kodierung und die Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen sind gefallen ( $-0,6$  Prozentpunkte bzw.  $-6,0$  Prozent), was ebenfalls auf eine Verbesserung der Kodierqualität im Zeitraum von 2011 bis 2012 hindeuten könnte. Ob diese Veränderungen auch die gemessene Fallzahlentwicklung oder die gemessenen Behandlungen beeinflussen, ist unklar. Auffällig stark ist der Rückgang der Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes aus dem PSYCH-Entgeltbereich von 52,6 Prozent. Dies deutet auf IT-bezogene Veränderungen, z. B. Modifizierungen der Krankenhausinformationssysteme, hin. Inwieweit sich der starke Rückgang fortsetzt, wird im weiteren Verlauf der Begleitforschung zu analysieren sein.
- Veränderungen der Qualität (Kapitel 9): Der für die Datenjahre 2011 und 2012 verfügbare Indikator „Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen entlassenen Fällen“ könnte auf eine leichte Tendenz zur Verschlechterung der Versorgungsqualität hindeuten. Das deskriptive Ergebnis ist allerdings aus zweierlei Gründen mit besonderer Vorsicht zu betrachten. Zum einen stellt der Vermerk „als arbeitsfähig entlassen“ allenfalls eine unverbindliche Empfehlung dar. Zudem konnte aufgrund des Aggregationsniveaus der Daten keine Adjustierung bezüglich des Schweregrads der Erkrankung der entlassenen PatientInnen erfolgen. Im weiteren Verlauf der Begleitforschung könnten auf Basis weiterer Indikatoren und Datenjahre möglicherweise detailliertere Erkenntnisse gewonnen werden.
- Transparenz und Akzeptanz (Kapitel 10): Die Transparenz des Systems der tagesgleichen Pflegesätze (TGPS) wird von den Akteuren relativ einheitlich als gering eingestuft, da sowohl für Leistungserbringer als auch für Leistungsträger bezogen auf den Einzelfall kaum Transparenz hinsichtlich des Ressourcenaufwands vorliegt. Auch bezüglich des PEPP-Entgeltsystems sehen die Akteure die Transparenz insgesamt als relativ kritisch an, jedoch aufgrund unterschiedlicher Ursachen. So sehen

die Leistungserbringer die Verteilung der abgerechneten Leistungen auf eine geringe Anzahl PEPPs kritisch, während die Leistungsträger insbesondere die Abbildung der Behandlungsleistung an sich als nicht ausreichend erachten. Die Akzeptanz wird im TGPS-System aufgrund der historisch gewachsenen, langjährigen Erfahrungen mit dem System von den Akteuren eher als hoch eingestuft. Jedoch wird insbesondere von den Leistungsträgern und den Akteuren aus der Wissenschaft hervorgehoben, dass das System inzwischen veraltet sei und den Behandlungsalltag (gesunkene Verweildauern und ein damit verbundener erhöhter Personaleinsatz) nicht mehr akkurat widerspiegele. Das PEPP-Entgeltsystem wird hinsichtlich der Akzeptanz insgesamt von den PatientInnenvertretern als kritisch eingestuft, da es mit der Behandlungspraxis wenige Berührungspunkte habe und Fehlanreize zur „Behandlungsoptimierung“ nach finanziellen Aspekten setze. Die Gruppe der Leistungserbringer sieht das PEPP-Entgeltsystem im Hinblick auf die Akzeptanz ebenfalls kritisch. Im Speziellen wird hier die Herausforderung hervorgehoben, zukünftig die Personalanforderungen mit der Finanzierung in Einklang zu bringen, vor allem da die psychiatrischen Behandlungen kaum derart standardisiert abgebildet werden könnten, wie es beispielsweise im DRG-System der Fall sei. Seitens der Leistungsträger zeigt sich insgesamt ein positiveres Akzeptanzbild, hier werden insbesondere die Zunahme an Transparenz und die gestiegene Quantität der Dokumentation gelobt. Allerdings sieht auch diese Akteursgruppe Verbesserungsbedarf innerhalb der Dokumentation. Die Gruppe der wissenschaftlichen Einrichtungen bemängelt die Akzeptanz des PEPP-Entgeltsystems vor allem aufgrund des geringeren Verständnisses für das Vergütungssystem und des erhöhten Dokumentationsaufwands.

- Sonstige Veränderungen (Kapitel 11): Grundsätzlich sind Veränderungen der Indikatoren dieses Kapitels schwer zu interpretieren, da sich für alle zur Verfügung stehenden Indikatoren im Beobachtungszeitraum die Datenbasis bzw. der Differenzierungsgrad für die Erhebung der Kosten bzw. der Leistungsausgaben verändert hat. Die beobachtete Kostensteigerung bei den bereinigten Kosten der PSYCH-Krankenhäuser von 2011 auf 2012 von 10,1 Prozent liegt oberhalb der Zunahme in der Vergangenheit (Anstieg von 9,1 Prozent von 2008 auf 2010). Zumindest teilweise kann die Kostensteigerung auf den zeitgleich erfolgten Anstieg der Behandlungstage um 4,0 Prozent zurückgeführt werden. Auch bei den Personalkosten, die in der psychiatrischen stationären Versorgung einen wesentlichen Anteil der bereinigten Kosten ausmachen, haben sich im betrachteten Zeitraum größere Veränderungen ergeben, die unter anderem auf geänderte Regeln in der Vergütung und im Ausgleich von Bereitschaftsdiensten ab dem Jahre 2012 zurückzuführen sind. Der größte Unsicherheitsfaktor in Bezug auf die Entwicklung des Indikators liegt jedoch in der veränderten Grundgesamtheit für den Indikator. Bei zukünftigen Interpretationen der Kosten der Krankenhäuser und der Leistungsausgaben der GKV ist zusätzlich zu beachten, dass sich sowohl die Arbeitsmarktsituation als auch die Strukturen in der Leistungserbringung (z. B.

durch Outsourcing, lokale Struktur der nicht-stationären Versorgungsbereiche inkl. Modellprojekte und integrierte Versorgung) über die Zeit verändern und damit einen Einfluss auf die zu messenden Parameter haben. Im Hinblick auf die Einführung des PEPP-Entgeltsystems wird deshalb geprüft werden müssen, ob sich vor und nach der Intervention Änderungen oder Trendbrüche in der dokumentierten Entwicklung nachweisen lassen.

Die im Rahmen dieses Endberichts zur Nullpunktmessung für die Begleitforschung vorgelegten Analysen dienen als Bestandsaufnahme der Situation vor den ersten freiwilligen Anwendungen von PEPP. Einige der Analysen können erste Tendenzen für Entwicklungen aufzeigen. Ob diese Veränderungen auf die anstehenden ersten freiwilligen Anwendungen von PEPP zurückzuführen sind, ist hingegen ungewiss. Bei möglichen Interpretationen sollte daher immer berücksichtigt werden, dass es sich in diesem Bericht um rein deskriptive Analysen des Istzustandes vor Einführung des PEPP-Entgeltsystems handelt. Entsprechend dem Forschungsauftrag wurden bisher keine inferenzstatistischen Analysen durchgeführt.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einführung</b>	<b>1</b>
<b>2. Systematische Literaturübersicht</b>	<b>3</b>
2.1. Veränderungen des Zugangs zur psychosomatischen und psychiatrischen Versorgung . . . . .	4
2.2. Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung . . . . .	6
2.3. Veränderungen der Fallzahl in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung . . . . .	8
2.4. Veränderungen der Behandlung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung . . . . .	10
2.5. Veränderungen der Kodierung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung . . . . .	14
2.6. Veränderungen der Qualität in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung . . . . .	18
<b>3. Daten und Methodik</b>	<b>22</b>
3.1. Daten . . . . .	22
3.2. Öffentlicher Zugang . . . . .	35
3.3. Methoden . . . . .	36
<b>4. Veränderungen des Zugangs zur psychosomatischen und psychiatrischen Versorgung</b>	<b>43</b>
4.1. Regionale Pflichtversorgung und Zugang zur Versorgung . . . . .	45
4.2. Diskussion . . . . .	51
<b>5. Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung</b>	<b>55</b>
5.1. Versorgungs- und Leistungsstrukturen des stationären Sektors . . . . .	56
5.2. Verschiebung zwischen DRG und PEPP . . . . .	57
5.3. Reha, Krankenpflege und Soziotherapie . . . . .	58
5.4. Komplementäre und ambulante Versorgung . . . . .	60
5.5. Diskussion . . . . .	60
<b>6. Veränderungen der Fallzahl in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung</b>	<b>63</b>
6.1. Entwicklung der Fallzahlen . . . . .	65
6.2. Diskussion . . . . .	70

<b>7. Veränderungen der Behandlung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung</b>	<b>73</b>
7.1. Behandlungsspektrum und Therapieformen . . . . .	74
7.2. Krankenhausprozesse . . . . .	75
7.3. Diskussion . . . . .	77
<b>8. Veränderungen der Kodierung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung</b>	<b>79</b>
8.1. Entwicklung der Kodierung . . . . .	80
8.2. Diskussion . . . . .	83
<b>9. Veränderungen der Qualität in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung</b>	<b>85</b>
9.1. Strukturqualität . . . . .	86
9.2. Prozessqualität . . . . .	86
9.3. Ergebnisqualität . . . . .	86
9.4. Diskussion . . . . .	87
<b>10. Veränderungen der Transparenz und Akzeptanz in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung</b>	<b>89</b>
10.1. Ergebnistransparenz . . . . .	89
10.2. Verfahrenstransparenz . . . . .	92
10.3. Qualitätstransparenz . . . . .	93
10.4. Transparenz insgesamt . . . . .	96
10.5. Aufwand . . . . .	97
10.6. Praktikabilität . . . . .	99
10.7. Kostengerechtigkeit . . . . .	101
10.8. Akzeptanz insgesamt . . . . .	103
10.9. Diskussion . . . . .	105
<b>11. Sonstige Veränderungen in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung</b>	<b>108</b>
11.1. Vergütungsgerechtigkeit . . . . .	109
11.2. Kosten der Krankenhäuser . . . . .	109
11.3. Leistungsausgaben der GKV . . . . .	110
11.4. Strukturen von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen . . . . .	111
11.5. Modellvorhaben nach § 64b SGB V . . . . .	111
11.6. Diskussion . . . . .	111
<b>12. Ausblick</b>	<b>113</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>113</b>

<b>A. Fragebogen</b>	<b>121</b>
<b>B. Veränderung des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung</b>	<b>126</b>
B.1. Systematische Literaturübersicht . . . . .	126
B.2. Tabellarische Darstellungen . . . . .	126
<b>C. Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung</b>	<b>137</b>
C.1. Systematische Literaturübersicht . . . . .	137
C.2. Tabellarische Darstellungen . . . . .	137
<b>D. Veränderungen der Fallzahl in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung</b>	<b>145</b>
D.1. Systematische Literaturübersicht . . . . .	145
D.2. Tabellarische Darstellungen . . . . .	145
<b>E. Veränderungen der Behandlung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung</b>	<b>154</b>
E.1. Systematische Literaturübersicht . . . . .	154
E.2. Tabellarische Darstellungen . . . . .	154
<b>F. Veränderungen der Kodierung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung</b>	<b>160</b>
F.1. Systematische Literaturübersicht . . . . .	160
F.2. Tabellarische Darstellungen . . . . .	160
<b>G. Veränderungen der Qualität in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung</b>	<b>167</b>
G.1. Systematische Literaturübersicht . . . . .	167
G.2. Tabellarische Darstellungen . . . . .	167
<b>H. Sonstige Veränderungen in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung</b>	<b>171</b>
H.1. Tabellarische Darstellungen . . . . .	171

# Abbildungsverzeichnis

3.1. Auswahl von Indikatoren und Darstellungsoptionen . . . . .	36
3.2. Zentrale Phasen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems . . . . .	37
4.1. Anzahl Betten in Krankenhäusern mit regionaler Pflichtversorgung (vollstationär) . . . . .	45
4.2. Anzahl Betten in Krankenhäusern ohne regionale Pflichtversorgung (vollstationär) . . . . .	46
4.3. Anzahl Plätze in Krankenhäusern mit regionaler Pflichtversorgung (teilstationär) . . . . .	47
4.4. Anzahl Plätze in Krankenhäusern ohne regionale Pflichtversorgung (teilstationär) . . . . .	48
4.5. Anzahl Krankenhäuser mit regionaler Pflichtversorgung . . . . .	48
4.6. Anteil nicht in nächstgelegtem Krankenhaus aufgenommener Fälle an allen Fällen (in Prozent) . . . . .	49
4.7. Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär) . . . . .	50
4.8. Kilometer zwischen Wohn- und Behandlungsort (kürzeste Fahrtstrecke) . . . . .	51
5.1. Anzahl Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen . . . . .	57
5.2. Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich) . . . . .	58
5.3. Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie) . . . . .	59
5.4. Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik) . . . . .	59
5.5. Ausgaben für Soziotherapie (in Euro) . . . . .	60
6.1. Anzahl Fälle . . . . .	65
6.2. Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent) . . . . .	66
6.3. Anzahl Unterbringungsverfahren nach §§ 1906, 1846 BGB und PsychKG . . . . .	67
6.4. Anzahl Unterbringungsverfahren nach PsychKG je 100 000 Einwohner . . . . .	68
6.5. Anzahl Unterbringungsverfahren nach § 1906 BGB . . . . .	68
6.6. Anzahl Unterbringungsgenehmigungen nach § 1906 BGB . . . . .	69
7.1. Anzahl Behandlungstage . . . . .	75
7.2. Anteil Behandlungstage mit Regel- (oben) bzw. Intensivbehandlung (unten) an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent) . . . . .	76
7.3. Mittlere Verweildauer (in Tagen) . . . . .	77
8.1. Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent) . . . . .	81

8.2. Verhältnis Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung (in Prozent) . . . . .	81
8.3. Anzahl Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen . . . . .	82
8.4. Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes . . . . .	83
9.1. Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent) . . . . .	87
11.1. Bereinigte Kosten (PSYCH-Fachabteilungen in PSYCH-Krankenhäusern; in Euro) . . . . .	109
B.1. Studienauswahl zu „Veränderungen des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ . . . . .	128
C.1. Studienauswahl zu „Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ . . . . .	139
D.1. Studienauswahl zu „Veränderungen der Fallzahl in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ . . . . .	147
E.1. Studienauswahl zu „Veränderungen der Behandlung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ . . . . .	156
F.1. Studienauswahl zu „Veränderungen der Kodierung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ . . . . .	162
G.1. Studienauswahl zu „Veränderungen der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ . . . . .	169

# Tabellenverzeichnis

3.1. Datenquellen und Auswertungen in den drei Forschungszyklen . . . . .	24
3.2. Gruppen von Akteuren und deren vertretenden Einrichtungen . . . . .	25
3.3. Erhebungsdesign der Akteursbefragung . . . . .	25
3.4. Die vom Begleitgremium genannten 28 Einrichtungen für die Akteursbefragung . . . . .	29
3.5. Zu- und Absagen in den vier Gruppen . . . . .	30
3.6. Ausschnitt der Erfassungsmaske . . . . .	41
3.7. Ausschnitt der Erfassungsmaske (Fortsetzung) . . . . .	41
3.8. Ausschnitt der Erfassungsmaske (Fortsetzung) . . . . .	41
B.1. Suchbegriffe zu „Veränderungen des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ . . . . .	127
B.2. Anzahl Betten in Krankenhäusern mit regionaler Pflichtversorgung (vollstationär) . . . . .	129
B.3. Anzahl Betten in Krankenhäusern ohne regionale Pflichtversorgung (vollstationär) . . . . .	130
B.4. Anzahl Plätze in Krankenhäusern mit regionaler Pflichtversorgung (teilstationär) . . . . .	131
B.5. Anzahl Plätze in Krankenhäusern ohne regionale Pflichtversorgung (teilstationär) . . . . .	132
B.6. Anzahl Krankenhäuser mit regionaler Pflichtversorgung . . . . .	133
B.7. Anteil nicht in nächstgelegenen Krankenhaus aufgenommenen Fälle an allen Fällen (in Prozent) . . . . .	134
B.8. Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär) . . . . .	135
B.9. Kilometer zwischen Wohn- und Behandlungsort (kürzeste Fahrtstrecke) . . . . .	136
C.1. Suchbegriffe zu „Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ . . . . .	138
C.2. Anzahl Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen . . . . .	140
C.3. Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich) . . . . .	141
C.4. Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie) . . . . .	142
C.5. Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik) . . . . .	143
C.6. Ausgaben für Soziotherapie (in Euro) . . . . .	144
D.1. Suchbegriffe zu „Veränderungen der Fallzahl in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ . . . . .	146
D.2. Anzahl Fälle . . . . .	148

D.3. Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent) . . . . .	149
D.4. Anzahl Unterbringungsverfahren nach §§ 1906, 1846, 1631b BGB und PsychKG . . . . .	150
D.5. Anzahl Unterbringungsverfahren nach PsychKG je 100 000 Einwohner . . . . .	151
D.6. Anzahl Unterbringungsverfahren nach § 1906 BGB . . . . .	152
D.7. Anzahl Unterbringungsgenehmigungen nach § 1906 BGB . . . . .	153
E.1. Suchbegriffe zu „Veränderungen der Behandlung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ . . . . .	155
E.2. Anzahl Behandlungstage . . . . .	157
E.3. Anteil Behandlungstage mit Regel- (oben) bzw. Intensivbehandlung (unten) an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent) . . . . .	158
E.4. Mittlere Verweildauer (in Tagen) . . . . .	159
F.1. Suchbegriffe zu „Veränderungen der Kodierung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ . . . . .	161
F.2. Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent) . . . . .	163
F.3. Verhältnis Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung (in Prozent) . . . . .	164
F.4. Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen . . . . .	165
F.5. Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes . . . . .	166
G.1. Suchbegriffe zu „Veränderungen der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ . . . . .	168
G.2. Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent) . . . . .	170
H.1. Bereinigte Kosten (PSYCH-Fachabteilungen in PSYCH-Krankenhäusern; in Euro) . . . . .	172

# Abkürzungsverzeichnis

AOK-BV	AOK-Bundesverband
APK	Aktion Psychisch Kranke e. V.
ARMA	Autoregressive Moving Average
BAG Psychiatrie	Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser
BAG-KJPP	Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V.
BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V.
BDK	Bundesdirektorenkonferenz - Verband Leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e. V.
BDPK	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.
BKK-DV	BKK Dachverband
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPE	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BÄK	Bundesärztekammer
DEKV	Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V.
Destatis	Statistisches Bundesamt
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.

DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DPR	Deutscher Pflegerat e. V.
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband e. V. - Gesamtverband
DRG	Diagnosis Related Groups - Diagnosebezogene Fallgruppen
DRV-KBS	Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FQWG	GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IKK e. V.	Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V.
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
IoM	Institute of Medicine
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KKVD	Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V.
LCA	Latent Class Analysis
LKA	Leistungs- und Kalkulationsaufstellung
LKHG	Landeskrankenhausgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.

n. s.	nicht signifikant
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
p. a.	per annum - pro Jahr
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PEPPV	Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherungen e. V.
PPS	Prospective Payment System
PQP	Patienten- und Qualitätsorientierter Personalbedarf
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
PsychEntG	Psychiatrie-Entgeltgesetz
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
TGPS	Tagesgleiche Pflegesätze
VDEK	Verband der Ersatzkassen e. V.
VUD	Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V.

# 1. Einführung

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

Initial für das neue Vergütungssystem ist das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) aus dem Jahr 2009, welches die Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems und eine freiwillige budgetneutrale Umstellung ab 2013 vorsah. Die Einführung wurde im Psychiatrie-Entgeltgesetz (PsychEntG) 2012 konkretisiert: Zunächst sollten Krankenhäuser in den Jahren 2013 und 2014 für das neue System optieren können (Optionsphase). Anschließend sollte eine verpflichtende Einführung für alle Krankenhäuser erfolgen. Diese würde bis 2016 zunächst budgetneutral sein, d. h. im Vergleich zum „alten“ Vergütungssystem sollte den Leistungserbringern kein budgetärer Nachteil entstehen. Bis 2021 - so der ursprüngliche Entwurf - sollte schrittweise eine Anpassung an das durchschnittliche Kostenniveau 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 seit 2013 laufende Optionsphase wurde in diesem Zusammenhang bis Ende 2017 verlängert. An die budgetneutrale, verpflichtende Einführung des PEPP-Entgeltsystems ab 2018 in allen Krankenhäusern schließt ab 2020 eine Phase an, in der das neue Entgeltsystem schrittweise budgetwirksam wird. Ab diesem Zeitpunkt soll auch die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) wegfallen und durch verbindliche Vorgaben für die Personalausstattung von psychiatrischen Krankenhäusern ersetzt werden (vgl. Art. 7 und 8 PsychEntgG).

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

chosomatische Einrichtungen durchzuführen. 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, 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 umfasst die Nullpunktmessung und basiert auf Daten für die Jahre 2011 und 2012, die teilweise durch den Auftraggeber bereitgestellt wurden. Der Bericht verfolgt nicht das Ziel, inferenzstatistische Aussagen zur Wirkung des PEPP-Entgeltsystems zu tätigen. Vielmehr geht es darum, den Stand vor Einführung von PEPP zu erfassen und zu beschreiben. Dies legt die Grundlage für die Messung von Effekten im Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems in den anschließenden beiden Forschungszyklen.

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 angesprochen werden [vgl. 51]. Die Beantwortung der Forschungsfragen und die Diskussionen erfolgen aber auf Grundlage der Auswertungen sämtlicher verfügbarer Beobachtungen. Für detailliertere Auswertungen wird auf den explorativen Datenzugang ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)) 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 der 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 2012 verfügbaren Datenquellen sowie die Methoden zur Erfassung und Analyse der Daten beschrieben (Kapitel 3). Kapitel 4 bis Kapitel 11 gehen jeweils auf festgestellte Veränderungen in den Datenjahren 2011 bis 2012 in der psychosomatischen und psychiatrischen Versorgung ein. Dabei wird zwischen Veränderungen des Zugangs (Kapitel 4), der Strukturen (Kapitel 5), der Fallzahl (Kapitel 6), der Behandlung (Kapitel 7), der Kodierung (Kapitel 8), der Qualität (Kapitel 9), der Transparenz und Akzeptanz (Kapitel 10) und sonstigen Veränderungen (Kapitel 11) unterschieden. Der Bericht schließt mit einem Ausblick in Kapitel 12.

## 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, die die Auswirkungen von prospektiver bzw. pauschalierender Vergütung von Leistungserbringern analysieren. Zu diesem Zweck wurde eine systematische Suche in den elektronischen Datenbanken PubMed (Medline) und EconLit (via EBSCO) sowie eine ergänzende manuelle Suche in Google Scholar und in den Referenzlisten der eingeschlossenen Publikationen durchgeführt. Die Inhalte der Datenbanken wurden ab deren frühester Verfügbarkeit bis einschließlich 16.05.2017 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 Suchbegriffe sind auf die einzelnen Themen zugeschnitten und befinden sich für den interessierten Leser im Anhang B bis Anhang H. Begriffe innerhalb einer Spalte wurden dabei mit dem Booleschen Operator „ODER“ und die Spalten untereinander mit dem Operator „UND“ verknüpft.

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

In den folgenden Unterkapiteln werden die Studienergebnisse der systematischen Literaturübersicht nach Themenblöcken narrativ zusammenfassend dargestellt. Eine ausführliche

Einführung und eingehende Definition in die jeweiligen Themenblöcke im Kontext der Begleitforschung sowie eine Operationalisierung von Indikatoren erfolgt erst in späteren Kapiteln dieses Berichtes (Kapitel 4 bis Kapitel 9).

## 2.1. Veränderungen des Zugangs zur psychosomatischen und psychiatrischen 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“ [39]. D.h. es ist nicht nur die (zeitnahe) Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung als Indikator für guten Zugang zum Versorgungssystem zu sehen, sondern auch ihr Zusammenhang mit der erreichten Qualität. Die vor diesem Hintergrund in die systematische Literaturübersicht eingeschlossenen drei Publikationen wurden in den Jahren 2013 und 2014 veröffentlicht. Eine der Studien untersucht die stationäre Krankenhausversorgung in einer chinesischen Provinz [30]. Zwei Studien analysieren die ambulant-ärztliche Versorgung in Kanada [20, 40]. Gegenstand der Studien von Dahrouge et al. [20] und Muggah et al. [40] ist die hausärztliche Versorgung in Ontario (Kanada). Dort existieren parallel vier Vergütungssysteme: Einzelleistungsvergütung, Kopfpauschalen, 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 Ärzte innerhalb und außerhalb der Öffnungszeiten, zur Verfügbarkeit von zeitnahen Terminen und dem Zugang zu Informationen via Telefon befragt. Während sich Dahrouge et al. der Frage widmen, inwiefern die Bereitstellung und Erbringung hausärztlicher Versorgung für ökonomisch benachteiligte Menschen von der Organisations- und somit auch der Vergütungsform beeinflusst wird, evaluieren Muggah et al., inwieweit der Zugang zur Versorgung innerhalb der verschiedenen Organisationsformen gewährleistet ist.

Zur quantitativen Analyse transformieren Muggah et al. [40] 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. Das Versorgungsmodell mit Einzelleistungsvergütung hat einen geringeren Punktwert (regressionsadjustiert,  $p \leq 0,05$ ), ebenso wie PatientInnen, die im Rahmen eines reformierten Kopfpauschalenmodells („blended capitation“, d. h., über die Grundpauschale hinaus kann für einzelne Leistungen ggf. eine zusätzliche Vergütung erfolgen) versorgt wurden (regressionsadjustiert,  $p \leq 0,05$ ). Auch PatientInnen, deren Ärzte mit einem festen Gehalt

vergütet wurden, gaben einen im Vergleich zum Referenzmodell geringeren Punktwert an (regressionsadjustiert,  $p \leq 0,05$ ).

Dahrouge et al. [20] finden für unter verschiedenen Organisations- bzw. Vergütungsformen versorgte PatientInnen Unterschiede in Bezug auf die Anzahl der jährlichen Arztbesuche. Im Organisationsmodell, in dem Ärzte mit einem festen Gehalt (FG) vergütet werden, suchen Personen mit geringem Einkommen bzw. niedrigem Bildungsstatus im Durchschnitt 7,0- bzw. 3,6-mal im Jahr einen Arzt auf (Mittelwert über alle Subgruppen: 8,3). Unter einer Einzelleistungsvergütung (EV) werden 3,5 bzw. 4,2 Besuche für Personen mit geringem Einkommen bzw. niedrigem Bildungsstatus gemessen (Mittelwert über alle Subgruppen: 7,2). Im kopfpauschalieren Versorgungsmodell (KP) werden 1,6 bzw. 1,2 Besuche für Personen mit geringem Einkommen bzw. niedrigem Bildungsstatus beobachtet (Mittelwert über alle Subgruppen: 4,8). Ein statistisch signifikanter Unterschied ( $p < 0,05$ , regressionsadjustiert) zwischen den Vergütungsmodellen war allerdings nur für das FG-Modell in der Gruppe der Personen mit geringem Einkommen und für das EV-Modell in der Gruppe der Personen mit geringer Bildung nachweisbar.

Gao et al. [30] untersuchen die Auswirkungen eines Pilotprojektes, in dessen Rahmen ein Vergütungsmodell auf Kopfpauschalbasis 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 eines „Zugangs zur Versorgung“ operationalisiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Einführung der Kopfpauschale in Changde zu einer Reduktion der Zuzahlung 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. und Muggah et al. werden multivariate Mehrebenenregressionsmodelle verwendet, um Unterschiede beim Zugang zur Versorgung zwischen den verschiedenen Vergütungsformen zu modellieren. Im Schätzmodell wurde in Bezug auf patientInnenspezifische, anbieterspezifische und praxisorganisatorische Charakteristika kontrolliert. Die Ergebnisse bei Muggah et al. 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. werden lediglich die ersten drei Jahre nach Einführung der Reform erfasst, d. h., langfristige Folgen können durch die Studie nicht

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

Die Analyse der bisherigen wissenschaftlichen Aufarbeitung pauschalierender Vergütungssysteme zeigt einen heterogenen Einfluss auf den Versorgungszugang. Während zwei der analysierten Studien eine Versorgungsverbesserung sehen [30, 40], findet eine Studie [20] einen Rückgang bei den ambulanten Arztbesuchen und damit eine Verschlechterung des Zugangs zur Versorgung unter einem Kopfpauschalenmodell.

Nur eine Studie [30] wurde im stationären Versorgungskontext durchgeführt und ist damit im weitesten Sinne mit der hiesigen Reformsituation vergleichbar. 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**

Da Krankenhäuser Erträge aus dem operativen Geschäft für (infra-)strukturelle Investitionen verwenden können, kann die Einführung des PEPP-Entgeltsystems auch zu Veränderungen in der Angebotsstruktur führen. Die vor diesem Hintergrund in die systematische Literaturübersicht eingeschlossenen Publikationen [17, 38, 45] 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. [38] 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 and Ciol [17] 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  $\geq 29$  Tage im Krankenhaus waren, besonders stark aus (Odds ratio 1,11; 95 Prozent-Konfidenzintervall [1,04; 1,18]).

Qian et al. [45] untersuchen Daten von 4242 PatientInnen im Alter von  $\geq 65$  Jahren aus dem National Health and Nutrition Examination Survey (USA) über einen Zeitraum von 1977 bis 1992. Die Studie nimmt u. a. die Auswirkung der Einführung eines prospektiven Vergütungssystems auf das Verlegungsverhalten zwischen akut-stationären und der post-akuten Versorgungseinrichtungen in den Fokus. Mithilfe eines Survivalmodells (pre-post Cox Regression unter Berücksichtigung von „competing risks“ und allgemeinem Zeittrend) schätzen die AutorInnen die Wahrscheinlichkeit, in eine Pflegeeinrichtung bzw. nach Hause entlassen zu werden. Das Risiko, innerhalb von 15 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt in eine Pflegeeinrichtung verlegt zu werden, steigt an (Hazardrate 0,88; n. s.). Auch über den 15. Tag hinaus wird ein erhöhtes Risiko für einen solchen Übergang beobachtet (Hazardrate 1,01; n. s.).

Die Studien von Chan and Ciol und Qian et al. 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 and Ciol und Qian et al. einen Zeiteffekt, um eine trendbedingte Entwicklung herauszurechnen. Die Studienergebnisse bei Manton et al. beruhen außerdem auf einer explorativen Analysemethode („latent class analysis“<sup>1</sup>). Ein solches Vorgehen ist nicht mit statistischem Testen im Sinne einer konfirmatorischen Analyse gleichzusetzen.

Drei Studien aus den USA [38, 17, 45] 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,

---

<sup>1</sup>Bei 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.

d. h., PatientInnen werden früher aus dem Krankenhaus entlassen und dafür häufiger in spezialisierte Pflegeeinrichtungen oder in die häusliche Pflege übergeben. [Manton et al.](#) 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.](#) bestätigt: Der Anteil der PatientInnen, die zunächst aus dem Krankenhaus nach Hause und dann innerhalb von zwei Monaten wieder in eine Pflegeeinrichtungen aufgenommen werden, hatte sich unter der Pauschalvergütung verdreifacht. Eine erhöhte Rehospitalisierungswahrscheinlichkeit wurde in derselben Studie nicht gefunden. Insofern ist tatsächlich von einer Substitution und nicht von einer Transition (über Pflegeheime zurück in die stationäre Versorgung) auszugehen. Auch wenn alle begutachteten Studien im Kontext einer stationären PatientInnenversorgung durchgeführt wurden, ist die Übertragbarkeit auf den deutschen Reformhintergrund aufgrund des sehr speziellen PatientInnenmix - Medicare-PatientInnen sind tendenziell älter und kränker als die durchschnittliche Bevölkerung - eingeschränkt. Zudem wurden die Analysen nicht speziell im psychiatrischen Bereich und für ein fall- und nicht tagesbezogenes Vergütungssystem durchgeführt.

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

Mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems wird unter anderem das Ziel verfolgt, Krankenhäuser leistungsorientiert zu vergüten, Effizienzreserven bei der Versorgung von PatientInnen im stationären Bereich zu mobilisieren und Krankenhäuser mit kosteneffizienterem Leistungsangebot zu belohnen. Dies kann auch Veränderungen der Fallzahl zur Folge haben. Die vor diesem Hintergrund in die systematische Literaturübersicht eingeschlossenen sechs Studien wurden zwischen 1986 und 2014 publiziert, davon fünf Studien vor dem Jahr 1995. Fünf Studien untersuchen die stationäre Krankenhausversorgung in den USA [[57](#), [33](#), [38](#), [62](#), [50](#)]. Eine Studie analysiert die ambulante Versorgung durch Hausärzte in Kanada [[59](#)]. Die früheste berücksichtigte Arbeit stammt aus dem Jahr 1986. 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 (Autoregressive Moving Average - ARMA). Nach Einführung des DRG-Systems konnten keine statistisch signifikanten Veränderungen der Aufnahme- oder Fallzahlen beobachtet werden.

Hsiao and Dunn [[33](#)] analysieren den Wechsel von einem kostenbasierten hin zu einem prospektiven Vergütungssystem. Die Intervention erfolgte in 80 kommunalen Krankenhäusern in New Jersey (USA) und wurde anhand von Daten der American Hospital Association mithilfe einer Zeitreihenregression analysiert. Nachdem im Jahr 1976 zunächst

von der kostenbasierten auf eine *per diem* Vergütung umgestellt wurde, kann ein Rückgang des Wachstums bei den Fallzahlen von jährlich ca. 4 Prozent auf jährlich 0,7 Prozent ( $p \leq 0,01$ ) beobachtet werden. Nach 1980, als eine noch restriktivere DRG-basierte Fallpauschalenvergütung implementiert wurde, stiegen die Fallzahlen wieder leicht an (auf 1 Prozent p. a.; n. s.).

In ihrer Studie mit 25 401 PatientInnen im Alter über 65 Jahre untersuchen Manton et al. [38] die Einführung einer prospektiven Vergütung über den Zeitraum Oktober 1983 bis September 1984 in den USA mithilfe eines Latent Class Models und Daten der US-amerikanischen Long-term Care Survey Datenbank sowie Medicare-Abrechnungsdaten der Jahre 1971 bis 1986. Die Studie findet einen postinterventionellen Rückgang von 2 235 845 Fällen im Jahr 1982 auf 2 090 402 Fälle im Jahr 1984 für PatientInnen, die aus Krankenhäusern in weitere Einrichtungen wie Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen entlassen werden.

Ebenfalls aus dem Jahr 1993 stammt eine Studie von Wells et al. [62], 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 den USA untersuchen Scheffler et al. [50] 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. [59] 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 (Negativbinomial-Regression) analysiert werden. Unter einer Vergütung mit prospektivem Anteil ist eine geringere Anzahl an psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungsfällen im ambulanten Versorgungssektor zu beobachten als mit kostenbasierter Vergütung (incidence rate ratio: 0,77; 95 Prozent-Konfidenzintervall [0,74; 0,81]). Demgegenüber steht eine größere Anzahl an Behandlungsfällen im stationären Versorgungssektor unter prospektiver Vergütung im Vergleich zur kostenbasierten Vergütung (incidence rate ratio: 1,05; 95 Prozent-Konfidenzintervall [1,09; 1,09]).

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.](#) sind vorsichtig zu interpretieren, da die Einführung der prospektiven Vergütung z. T. unter einem Jahr vor Ende des Untersuchungszeitraums lag. [Manton et al.](#) führen wiederum eine latente Klassenanalyse durch. Hierbei werden die Individuen der Untersuchungsstichprobe auf Basis beobachtbarer Eigenschaften zu Klassen (von Gesundheitszuständen) zusammengefasst, um dann zwischen den Klassen einen Mittelwertvergleich durchzuführen. Ein solches Vorgehen ist nicht mit statistischem Testen im engeren Sinne gleichzusetzen. Lediglich eine der sechs gefundenen Studien legt den Fokus auf eine psychiatrische PatientInnenpopulation. Fünf von sechs Studien untersuchen prospektive Vergütungssysteme im Hinblick auf Veränderungen der Zahl von Behandlungsfällen. Lediglich [Wells et al.](#) 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 [[57](#), [33](#)]. Zwei Studien finden einen Rückgang der Fallzahlen im stationären Versorgungssektor [[38](#), [50](#)]. Die Ergebnisse von [Wells et al.](#) lassen sich nur bedingt mit den restlichen Beobachtungen vergleichen, da hier anstelle von Fallzahlen die Wiederaufnahmerate untersucht wurde. In einer Studie [[59](#)] 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. Daher ist die Studie von [Steele et al.](#) [[59](#)], 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, jeweils eine Studie in Kanada, Südkorea, Italien und Taiwan. [Smith and Pickard](#) [[57](#)] untersuchen die Effekte der Einführung der Medicare-Medicaid-DRGs anhand einer Stichprobe von 62 Krankenhäusern in der Region um Philadelphia (USA) mithilfe von Daten der Medicaid Hospital Cost Reports sowie des Delaware Valley Hospital Council im Zeitraum von 1978 bis 1985.

Die AutorInnen finden einen Rückgang der Verweildauer um 0,8 Tage ( $p < 0,01$ ) nach Einführung des DRG-Systems.

Hsiao and Dunn [33] analysieren den Wechsel von einem tagessatzbasierten zu einem prospektiven Vergütungssystem über die Jahre 1980 bis 1982 in 80 kommunalen Krankenhäusern in New Jersey (USA). Mittels Zeitreihenregression auf Basis von Daten der American Hospital Association, die für den Zeitraum 1971 bis 1984 vorliegen, finden sie eine statistisch signifikante Reduktion der Verweildauer bei prospektiver DRG-Vergütung um 0,2 Tage ( $p < 0,01$ ).

Manton et al. [38] 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 AutorInnen 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. [22] nutzen in ihrer Studie zur Einführung eines prospektiven Vergütungssystems in den USA Daten der Health Care Financing Association. Die untersuchte Stichprobe umfasst 2 746 Medicare-PatientInnen (Alter  $\geq 65$  Jahre) mit unipolarer bzw. nicht näher bezeichneter Depression, die in einem von 297 allgemeinen Akutkrankenhäusern im Zeitraum von 1981 bis 1982 und 1984 bis 1986 behandelt wurden. Zum Vergleich ziehen sie Einrichtungen heran, die nicht prospektiv vergütet wurden. Die AutorInnen finden einen statistisch signifikanten Rückgang der Verweildauer (13,0 auf 10,7 Tage,  $p < 0,05$ ) in Krankenhäusern, die von der Vergütungsänderung betroffen waren. In Krankenhäusern, die nicht von der Intervention betroffen waren, ging die Verweildauer ebenfalls zurück (13,5 auf 11,4 Tage). Allerdings war hier kein statistisch signifikanter Effekt nachweisbar.

Auf Basis von Medicaid-Routinedaten aus den USA untersuchen Norton et al. [43] 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. [58] analysieren Medicare-Routinedaten für den Zeitraum Januar 2001 bis Juni 2003. Sie beobachteten 403 529 PatientInnen, die im Anschluss an einen stationären

Krankenhausaufenthalt in einer speziellen Rehabilitationseinrichtung (mind. drei Std. therapeutische Betreuung/Tag) behandelt wurden, während einer 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 stärkeres Anpassungsverhalten, d. h., hier gingen die Verweildauern am stärksten zurück.

Wen and Wen [63] analysieren mithilfe von PatientInnen Daten von drei Standorten des Chang Gung Memorial Hospitals die Einführung einer pauschalierenden Vergütung und deren Auswirkung auf die Verweildauer in Taiwan im Oktober 1997. Die Studie nutzt hierzu insgesamt 22 327 Behandlungsfälle von PatientInnen, bei denen eine von fünf identifizierenden OP-Prozeduren durchgeführt wurde (Appendektomie, Hämorrhoidektomie, laparoskopische Cholezystektomie, Prostatektomie). Die AutorInnen der Studie finden ein Jahr nach Einführung der prospektiven Vergütung eine im Vergleich zur Vorperiode um 0,6 Tage verringerte Verweildauer ( $p = 0,01$ ).

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

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

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

Drei Analysen prospektiver Vergütungssysteme in europäischen Ländern stammen von Louis et al. [37], Schuetz et al. [53] und Warnke et al. [61]. Für Italien untersuchen Louis et al. die Einführung eines DRG-Systems im Jahr 1995 anhand von Daten aus 32 Krankenhäusern in der Region Friuli-Venezia Giulia im Zeitraum 1993 bis 1996. Untersucht wurden die Verweildauer sowie die Wiederaufnahmerate für neun verschiedene Erkrankungen (Appendizitis, Diabetes mellitus, kolorektales Karzinom, Gallenblasenentzündung, Bronchitis oder COPD, bakterielle Pneumonie, koronare Herzkrankheit, zerebrovaskuläre Krankheiten, Hüftfraktur). Im Rahmen der Analyse wurden die Jahre 1993 und 1996 genutzt, um für die o. g. Parameter Mittelwerte vor und nach Einführung der prospektiven Vergütung mittels t-Tests zu vergleichen. Die durchschnittliche Verweildauer sank von 9,1 Tagen im Jahr 1993 auf 8,8 Tage im Jahr 1996 (Reduktion um 3,3 Prozent,  $p < 0,01$ ).

Schuetz et al. [53] analysieren in ihrer Studie zur Einführung eines DRG-basierten prospektiven Vergütungssystems in der Schweiz mögliche Veränderungen der Verweildauer für eine Stichprobe von insgesamt 925 erwachsenen PatientInnen mit Pneumonie aus sechs Krankenhäusern im Zeitraum von Oktober 2006 bis März 2008. Die Daten stammen aus einem zuvor abgeschlossenen RCT. Als Vergleichsgruppe werden PatientInnen herangezogen, die in einzelleistungsvergüteten Krankenhäusern behandelt wurden. Die AutorInnen schätzen mithilfe von Überlebenszeitmodellen (Cox Proportional Hazards), dass die Verweildauer in den beiden Krankenhäusern mit prospektiver Vergütung ca. 22,6 Prozent kürzer ist als in den vier Krankenhäusern mit kostenbasierter Vergütung (8,4 Tagen und 10,3 Tage,  $p < 0,01$ ).

Ebenfalls für die Schweiz untersuchen Warnke et al. [61] 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 in 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.](#) zu nennen, bei der Unterschiede zwischen Gruppen einer nicht-randomisierten Studienpopulation lediglich mithilfe von F-Tests untersucht werden. [Manton et al.](#) führen wiederum eine latente Klassenanalyse 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. 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 Verweildaueränderung auch vom Effizienzdruck abhängt, d. h. davon, wie stark im Einzelfall die Kosten und die Entlohnung für einen definierten Fall im jeweiligen Krankenhaus auseinanderfallen.

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

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

Kodierqualität beschreibt die Richtigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation von Diagnosen, Prozeduren sowie Patientencharakteristika im Rahmen der Durchführung einer medizinischen Behandlung. Ein Ziel der Einführung des PEPP-Entgeltsystems ist es, ein leistungsorientiertes Vergütungssystem zu implementieren, welches den unterschiedlichen

Aufwand der Behandlung unterscheidbarer Patientengruppen abbildet (§ 17d KHG).<sup>2</sup> Die vor diesem Hintergrund durchgeführte systematische Literaturübersicht ergab nach eingehender Prüfung der Studien auf ihre Eignung für einen Einschluss (gem. der o.g. Ein- bzw. Ausschlusskriterien) keine zu berücksichtigende Studien. Um dennoch einen Überblick der relevanten Literatur zu ermöglichen, wurden im Rahmen der systematischen Literaturrecherche ausgeschlossene Studien identifiziert, deren Ergebnisse Evidenz hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen der Einführung eines prospektiven Vergütungssystems oder Preisänderungen innerhalb eines ebensolchen auf das Kodierverhalten von Anbietern medizinischer Leistungen liefern.

Die sieben eingeschlossenen Publikationen wurden zwischen 1990 und 2017 veröffentlicht. Alle Studien untersuchen Veränderungen im Kodierverhalten im Kontext der stationären Krankenhausversorgung. Drei der sieben Studien nutzen Medicare-PatientInnen Daten aus den USA [16, 19, 56]. Eine Studie analysiert das Kodierverhalten in Krankenhäusern in Portugal [3]. Eine Studie [55] untersucht Veränderungen in der Kodierung in schwedischen Krankenhäusern. Eine der Arbeiten analysiert Upcoding in der stationären Neonatologie in Deutschland [35]. Eine weitere Studie untersucht, inwieweit sich Upcoding auf die Effizienz von regionalen Krankenhäusern in der Lombardei (Italien) auswirkt [5].

Die Studie von Carter et al. [16] 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 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 [19] 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, an-

---

<sup>2</sup>§ 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.

steigt (zwischen 0,08 für PatientInnen  $\leq 70$  Jahre und 0,11 für PatientInnen  $> 70$  Jahren,  $p < 0,01$ ).

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

Seit dem Jahr 2003 basiert die Vergütung von Fällen in der stationären Neonatologie in Deutschland teilweise auf dem Geburtsgewicht von Neugeborenen. Juerges and Koeberlein [35] kombinieren Daten aus dem Geburtenregister von 1996 bis 2010 und Krankenhausdaten von 2006 bis 2011, um Veränderungen in der Verteilung der Geburtsgewichte und damit potenzielle Upcoding-Effekte zu untersuchen. Schätzungen der AutorInnen zufolge beträgt die Upcodingrate durch die inkorrekte Angabe von Geburtsgewichten zwischen 60 und 80 Prozent. Die geschätzten Mehreinnahmen der Krankenhäuser belaufen sich damit auf etwa 144 Mio. Euro.

Serden et al. [55] untersuchen anhand von Daten des schwedischen Krankenhausentlassungsregisters (rund 5,4 Mio. Entlassungen) der Jahre 1988 bis 2000, inwieweit ein DRG-basiertes, prospektives Vergütungssystem die Anzahl der kodierten Zweitdiagnosen beeinflusst. Hierzu teilen die AutorInnen Krankenhäuser in drei Gruppen ein: solche die eine prospektive Vergütung zwischen 1991 und 1992 eingeführt haben („early adopters“), solche, die eine prospektive Vergütung zwischen 1993 und 1994 implementierten („late adopters“), und solche, die nicht prospektiv vergütet wurden. Mittels deskriptiver Analyse kommen die AutorInnen zum Ergebnis, dass die Anzahl kodierter Zweitdiagnosen bei den „early adopters“ um 40 Prozent anstieg. Bei den „late adopters“ wurde ein Anstieg um elf Prozent und bei den Krankenhäusern ohne prospektive Vergütung um neun Prozent beobachtet. Im Jahr 2000 hatten Krankenhäuser, die prospektiv vergütet wurden, 50 Prozent mehr Zweitdiagnosen als die übrigen Krankenhäuser. Zwischen 1988 und 2000 stieg die Anzahl der Zweitdiagnosen bei prospektiv vergüteten Krankenhäusern um 120 bis 160 Prozent an, während die übrigen Krankenhäuser eine Steigerung von 56 Prozent im selben Zeitraum aufwiesen.

Berta et al. [5] nutzen administrative Krankenhausdaten mit mehr als 20 Mio. Entlassungen aus allen aktiven Krankenhäusern in der Region Lombardei (Italien) aus den Jahren 1998 bis 2007, um zu untersuchen, inwiefern sich die Einführung eines prospektiven Vergütungssystems und damit verbundene Effekte (u. a. Upcoding) auf die technische Effizienz von Krankenhäusern auswirken. Die AutorInnen schätzen zunächst die Effizienz (Verhältnis zwischen Input und Output) der Krankenhäuser und anschließend den Einfluss des vom prospektiven Vergütungssystem verursachten Effekts auf den Krankenhausoutput (unter

Kontrolle für die Eigentümerstruktur). Zwischen den zur Analyse herangezogenen statistischen Modellen schwankt der negative Einfluss von Upcoding auf die Effizienz um  $-0,004$  bis  $-0,002$  ( $p < 0,01$ ).

Silverman and Skinner [56] untersuchen, inwieweit die Eigentümerverhältnisse von Krankenhäusern Upcoding beeinflussen. Dafür nutzen die AutorInnen Behandlungsakten von Medicare-PatientInnen mit Lungenentzündung. Eine deskriptive Analyse dieser Daten zeigt, dass der Anteil der DRG mit der höchsten Profitabilität an allen DRGs für Pneumonie und Atemwegsinfektionen zwischen 1989 und 1998 um zehn Prozent bei Non-Profit-Krankenhäusern, um 23 Prozent bei For-Profit-Krankenhäusern und um 37 Prozent bei Krankenhäusern, die in For-Profit-Krankenhäuser umgewandelt wurden, gestiegen ist.

Barros and Braun [3] nutzen für ihre Schätzungen Regressionsmodelle für Paneldaten, die für patientInnen- sowie krankenhausspezifische Effekte adjustieren. Dafny [19] 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 and Skinner schätzen – ebenfalls mittels Regressionsanalysen – den Einfluss der Eigentümerstruktur eines Krankenhauses auf das Kodierverhalten. Die AutorInnen adjustieren unter anderem für regionale Charakteristika und For-Profit-Marktanteile. Im Rahmen der Studie wird nach Auswirkungen auf den Anteil der Fälle, die teureren DRGs zugeordnet werden, gesucht, allerdings nicht, welche Gründe dies haben könnte. Serden et al. 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. 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. 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 systematische Literaturübersicht einbezogenen Publikationen liefert die Evidenz, dass die Einführung pauschalierender Vergütungssysteme sowie Preis-

änderungen innerhalb dieser 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 and Skinner](#) finden Evidenz, die die These unterstützt, dass die Eigentümerstruktur der Krankenhäuser in den USA das Kodierverhalten beeinflusst. Eine Studie auf Basis italienischer Daten findet einen signifikant negativen Einfluss des Kodierverhaltens auf die Produktivität von Krankenhäusern [5].

Alle betrachteten Studien wurden in einem stationären Versorgungskontext durchgeführt, allerdings keine von ihnen bei ausschließlich psychiatrischen PatientInnen. In der Publikation von [Juerges and Koeberlein](#) 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 and Skinner](#) 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 Pauschalierende Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik 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**

Der bekannteste Ansatz zur Operationalisierung des Qualitätsbegriffs wird von Donabedian [26] beschrieben: Die technische Behandlungsqualität befasst sich mit dem Zielerreichungsgrad (Effektivität), d. h. im engeren Sinne mit der Verbesserung des Gesundheitszustandes relativ zur bestmöglichen Verbesserung. Die interpersonelle Behandlungsqualität beschreibt den Austausch zwischen Krankenhauspersonal und PatientInnen. Die Ergebnisqualität der Behandlung ist das Ausmaß, in dem Gesundheitsdienstleistungen dazu führen, dass Gesundheitsoutcomes von Individuen bzw. Patientenpopulationen verbessert werden [64]. Die vor diesem Hintergrund in die systematische Literaturübersicht eingeschlossenen Publikationen wurden zwischen 1993 und 2011 veröffentlicht. 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. [38] 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 AutorInnen schließen daraus, dass keine adversen Qualitätseffekte ableitbar sind.

Eine Studie von Wells et al. [62] analysiert den Effekt der Einführung eines prospektiven Vergütungssystems in den USA im Jahre 1983. Die AutorInnen werten hierfür Daten von 2746 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 (Prä-Interventions-Periode) werden unter anderem die Mortalität, die Wiedereinweisungsrate, Komplikationsraten und der klinische Zustand der PatientInnen bei Entlassung dokumentiert. Mithilfe multivariater Regressionen schätzen die AutorInnen adjustierte Ergebnisparameter. Während nach Einführung der neuen Vergütung die Mortalitätsrate im Zeitraum von 365 Tagen nach dem stationären Indexaufenthalt leicht ansteigt (um 0,7 Prozentpunkte, nicht signifikant), sind bei der 1-Jahres-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 [18] 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 25 Prozent 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. [37] 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 Krankheitsschwere und Mortalität von stationär behandelten somatischen PatientInnen vor und nach der Intervention. Dabei beobachten sie für zehn von elf Krankheitszuständen eine statistisch signifikante ( $t$ -test,  $p < 0,01$ ) Zunahme der Krankheitsschwere im Jahr 1996, also nach Einführung der neuen Vergütung. Die Sterblichkeit in einem Zeitraum von 30 Tagen nach Entlassung aus dem

stationären Aufenthalt war lediglich bei PatientInnen mit zerebrovaskulärer Erkrankung statistisch signifikant ( $p = 0,48$ ) höher als im Vorzeitraum der Beobachtung.

Sood et al. [58] analysieren ebenfalls Medicare-Routinedaten für den Zeitraum von Januar 2001 bis Juni 2003. Sie beobachteten 403 529 PatientInnen, die im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt in einer speziellen Rehabilitationseinrichtung (mind. drei Std. therapeutischer Betreuung/Tag) behandelt wurden, während einer 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 (regressionsbasierte Analyse) Veränderungen feststellen.

Gegenstand einer Studie von Schuetz et al. [53] ist die Einführung eines DRG-basierten prospektiven Vergütungssystems in der Schweiz. Die Studie misst u. a. klinische Parameter (rezidivierende Atemwegsinfektion innerhalb von 30 Tagen, laufende Beschwerden an Tag 30), Lebensqualität (EQ-5D) und die Mortalität von 925 PneumoniepatientInnen mittels Post-hoc-Analyse einer randomisierten Studie, die zwischen Oktober 2006 und März 2008 durchgeführt wurde. Als Vergleichsgruppe werden PatientInnen herangezogen, die in einzelleistungsvergüteten Krankenhäusern behandelt wurden. Die Studie findet keine statistisch signifikanten Unterschiede in den o. g. Zielparametern. Dies ändert sich ebenfalls nicht bei der Analyse von Subgruppen (Mortalität nach 30 Tagen und 18 Monaten; ambulanter Arztbesuch wg. Verdacht auf Atemwegsinfektion und diagnostisch gesicherte Atemwegsinfektion; etc.).

Qian et al. [45] legen ihren Analysen Daten von 4 242 Medicare-PatientInnen im Alter von  $\geq 65$  Jahren aus dem National Health and Nutrition Examination Survey (USA) über einen Zeitraum von 1977 bis 1992 zugrunde. Die Studie schätzt mithilfe einer Survivalanalyse (pre-post Cox Regression unter Berücksichtigung von „competing risks“) u. a. die Auswirkungen eines prospektiven Vergütungssystems auf das Mortalitätsrisiko während bzw. nach einem akut-stationären Krankenhausaufenthalt. Während im Zeitraum nach der Vergütungsänderung zunächst ein Anstieg für die Wahrscheinlichkeit, im Krankenhaus zu versterben, beobachtet wird (Hazardrate 1,28;  $p < 0,05$ ), verschwindet dieser Effekt bei Kontrolle für einen Zeittrend. Das heißt, Variationen der Mortalität nach 30, 180 und 365 Tagen können nicht mit einem „Vergütungseffekt“ begründet werden.

In fünf von sieben Studien werden die Ergebnisparameter in Bezug auf mehrere relevante PatientInnenmerkmale adjustiert (z. B. Gesundheitszustand, historische Leistungsanspruchnahme, sozioökonomische und -demografische Variablen). In der Studie von Louis et al. 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. beruhen auf einer explorativen Analysemethode („latent class analysis“<sup>3</sup>). 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. [62] 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.

---

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

## 3. Daten und Methodik

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

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

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

Der vorliegende Endbericht zum ersten Abschnitt der Datenjahre 2011 bis 2012 verfolgt im Rahmen der Untersuchungen der intertemporalen Veränderungen den primären Zweck, die Ausprägungen der verschiedenen Indikatoren aufzunehmen („Bestandsaufnahme“) und diese beschreibend zu diskutieren. Die Datenjahre 2011 und 2012 beschreiben die Datenlage vor der optionalen Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems. Erst die Endberichte zu den weiteren Abschnitten können somit (statistische) Inferenzen zu den möglichen Auswirkungen nach der optionalen Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems erfassen und darstellen.

### 3.1. Daten

Im vorliegenden Endbericht werden entsprechend dem Forschungsauftrag Primär- und Sekundärdaten aus den Jahren 2011 und 2012 berücksichtigt. Primär- und Sekundärdaten aus den darauffolgenden Jahren 2013 bis 2018 werden für die zukünftigen Endberichte separat erhoben und analysiert.

Der Übersicht und Vollständigkeit halber werden im Folgenden alle Datenquellen beschrieben, die für die PEPP-Begleitforschung verwendet werden, auch wenn diese teilweise erst für zukünftige Forschungszyklen relevant sind. Entsprechend dem Forschungsauftrag werden Analysen und Ergebnisse auf Basis dieser Daten ebenfalls erst in den folgenden Berichten enthalten sein. Beispielsweise liegen die Ergebnisse aus den schriftlichen Befragungen der Krankenhäuser für den vorliegenden Bericht noch nicht vor und sind daher kein Bestandteil der Analysen für die Datenjahre 2011 und 2012.

Die im vorliegenden Endbericht verwendeten Daten beschränken sich auf folgende Quellen: Akteursbefragung und Befragung der obersten Landesbehörden bzw. Landesgesundheitsministerien, Daten nach § 21 KHEntgG, Daten des Statistischen Bundesamtes und Daten der KJ1-Statistik. Eine Auflistung aller Datenquellen und ihre Zuordnung zu den Forschungszyklen ist in Tabelle 3.1 zu finden.

Die folgenden zwei Abschnitte sollen den interessierten LeserInnen bereits einen detaillierteren Ausblick auch auf die Daten für die noch erscheinenden Endberichte geben.

### 3.1.1. Primärdaten

#### Akteursbefragung

**Konzeption** Die Akteursbefragung ist auf die Befragung einer kleinen und seitens der Auftraggeber vorgegebenen Auswahl von Personen angelegt. Aufgrund der einmaligen, rückwirkenden Erhebung und kleinen Stichprobengröße werden keine inferenzstatistisch belastbaren Ergebnisse gewonnen. Statt einer quantitativen Fragebogenerhebung bietet sich in diesem Fall eine qualitative Untersuchung an, die es erlaubt, das Meinungsspektrum der einbezogenen Akteure angemessen zu erfassen. Daher wurden halbstrukturierte, leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Ein Leitfaden dient im Interview dazu, das Thema zu strukturieren und dadurch dafür zu sorgen, dass relevante Teilaspekte bei jedem Interview angesprochen werden. Durch diese Systematik werden die Vollständigkeit und Vergleichbarkeit der Angaben gewährleistet. Mit dem leitfadengestützten Interview besteht zudem die Möglichkeit, die einzelnen Punkte beliebig zu vertiefen sowie zusätzliche Aspekte im Gespräch aufzunehmen und zu verfolgen, wenn sie als relevant betrachtet werden.

Die Forschungsfragen fokussieren auf den Vergleich zwischen dem PEPP-Entgeltsystem und dem Vergütungssystem der tagesgleichen Pflegesätze. Hierdurch wird eine Gegenüberstellung beider Vergütungssysteme hinsichtlich unterschiedlicher Akteure und unterschiedlicher Teilaspekte ermöglicht. Die hierzu durchgeführte Akteursbefragung ist konzeptionell keine Nullpunktmessung. Mit ihr wird weder eine Baseline erfasst, noch ist eine Folgebefragung vorgesehen.

Um die Akteursbefragung darüber hinaus zu strukturieren, wurden die zu befragenden Akteure in vier Gruppen eingeteilt. Dementsprechend wurden Leistungsempfänger (A), Leistungserbringer (B), Leistungsträger (C) und Vertreter wissenschaftlicher Einrichtungen (D) unterschieden. Diese Einteilung wird entsprechend einer Klasseneinteilung als disjunkt und nahezu erschöpfend betrachtet. Befragt wurden Vertreter von Einrichtungen, die einer dieser vier Gruppen angehören. In Tabelle 3.2 sind die Gruppen und beispielhaft verschiedene Einrichtungen zusammengestellt, die diese Gruppen vertreten.

Mit diesen Differenzierungen ergibt sich das in Tabelle 3.3 dargestellte Erhebungsdesign.

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 (vgl. Tabelle 3.4)	✓	✗	✗
	§ 21 KHEntgG	✓	✓	✓
	§ 295 SGB V	(✓)	✓	✓
	§ 301 SGB V	(✓)	✓	✓
Sekundärdaten (Routinedaten)	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.

Tabelle 3.2.: Gruppen von Akteuren und deren vertretenden Einrichtungen

Gruppe	An der Versorgung beteiligte Gruppe	Vertreter dieser Gruppe
A	Leistungsempfänger	PatientInnenvertreter
B	Leistungserbringer	Standesvertretungen der stationären Versorgung: - Krankenhausgesellschaft - Ärzte-Vertretung - Therapeuten-Vertretung
C	Leistungsträger	Dach- und Spitzenverbände der Krankenkassen, MDK
D	Wissenschaftliche Einrichtungen	Fachgesellschaften

Tabelle 3.3.: Erhebungsdesign der Akteursbefragung

	Fragebogen		Interview	
	TGPS*	PEPP	TGPS*	PEPP
Gruppe A				
Gruppe B				
Gruppe C				
Gruppe D				

\*Tagesgleiche Pflegesätze

**Messinstrument** Ausgehend von den Forschungsfragen wurde ein Fragebogen entwickelt. Für die Forschungsfrage zur Transparenz des PEPP-Entgeltsystems waren die Teilaspekte „Ergebnis-“, „Verfahrens-“ und „Qualitätstransparenz“ vorgegeben. Für jeden dieser Teilaspekte wurden zwei Unterpunkte bzw. Konkretisierungen formuliert. Unter Transparenz eines Vergütungssystems wird das Ausmaß der Nachvollziehbarkeit von Abläufen und Regelungen verstanden, die in einem Vergütungssystem vorgesehen sind und in dessen Umsetzung realisiert werden. Durch das Ausmaß an Transparenz wird beschrieben, für wen welche Informationen verfügbar und in welcher Form diese zugänglich sind beziehungsweise welche Hürden und Hindernisse dem Zugang zu relevanten Informationen im Wege stehen. Der Grad an Akzeptanz eines Vergütungssystems sowie dessen Teilen und Teilaspekten wird definiert als das Maß, in dem es von den beteiligten Akteuren gebilligt und der Ausgestaltung einzelner Aspekte oder des Systems als Gesamtheit zugestimmt wird. Akzeptanz kommt in der Bewertung der für ein Vergütungssystem relevanten Kategorien wie Sparsamkeit, Handhabbarkeit und Fairness zum Ausdruck.

Die Frage nach der Ergebnistransparenz wurde in die Punkte „Nachvollziehbarkeit der Vergütung (Abrechnung)“ und „Nachvollziehbarkeit des Vergütungssystems“ aufgeteilt. Damit wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass bei den betrachteten Vergütungssystemen zwischen einer Makro- und Mikroebene unterschieden werden kann, also zwischen einer Systemebene und einer Umsetzungsebene. Diese unterscheiden sich hinsichtlich ihrer

Transparenz, in der Nachvollziehbarkeit der Prozesse und ihrer Ergebnisse und werden daher getrennt abgefragt sowie unabhängig voneinander dargestellt.

Bei der Verfahrenstransparenz wurden die Komplexität des Vergütungssystems und dessen Verständlichkeit unterschieden. Komplexität und Verständlichkeit sind zentrale Aspekte von Vergütungssystemen, da sie die Nachvollziehbarkeit eines Verfahrens bestimmen. Es lässt sich grundsätzlich konstatieren, dass die Nachvollziehbarkeit je nach dem Grad der Komplexität und Verständlichkeit eines Verfahrens zu- bzw. abnimmt.

Qualitätstransparenz wurde mit den Fragen zur Fehleranfälligkeit und zur Eindeutigkeit des Vergütungssystems erfasst. Als formaler Aspekt der Qualität eines Vergütungssystems wird die Reliabilität seiner Ergebnisse betrachtet. Diese beschreibt die Genauigkeit, mit der Ergebnisse festgestellt werden, und die Bandbreite der Ergebnisse, die das System in der Praxis hervorbringt. Diese Bandbreite wird durch die Fehleranfälligkeit sowie die Eindeutigkeit beschrieben, mit der Ergebnisse im betrachteten Vergütungssystem bestimmt werden können. Fehleranfälligkeit heißt dabei, wie häufig Ergebnisse erzielt werden, die zweifelsfrei die erbrachten Leistungen eklatant inadäquat darstellen. Eindeutigkeit beschreibt, inwieweit bei gleichen Vorgaben unterschiedliche Ergebnisse resultieren können. Als Transparenz wird die Kenntnis über beide Reliabilitätsaspekte verstanden.

Bei der Akzeptanz des PEPP-Entgeltsystems wurden die Teilaspekte „Aufwand“, „Praktikabilität“ und „Kostengerechtigkeit des Vergütungssystems“ differenziert abgefragt. Hier wurde davon ausgegangen, dass die Akzeptanz eines Vergütungssystems maßgeblich durch die aufgeführten Teilaspekte bestimmt wird.

Unter Aufwand wird dabei der insgesamt erforderliche Einsatz an personellen und technischen Ressourcen in allen beteiligten Versorgungsinstanzen verstanden. Mit Praktikabilität wird die Praxistauglichkeit beschrieben, also mit welchem Aufwand die im jeweiligen Vergütungssystem vorgesehenen Prozesse in der Praxis realisiert werden. Der Grad an Kostengerechtigkeit eines Vergütungssystems definiert dagegen, inwieweit die bei der Behandlung von Patienten entstandenen Kosten aufwandsgerecht, d.h. entsprechend der tatsächlich entstandenen Aufwände, vergütet werden.

Weiterhin wurden Fragen zur Globalbewertung der Transparenz und der Akzeptanz des Vergütungssystems gestellt. Der Fragebogen schloss mit der offenen Frage nach weiteren bisher nicht genannten relevanten Merkmalen ab. Zu jeder Frage wurde zusätzlich Raum angeboten, die eigenen Rating-Angaben im Einzelnen zu erläutern.

Zur Erfassung der Einschätzung der Transparenz des jeweiligen Vergütungssystems wurden daher sechs spezifische und eine globale Frage gestellt. Die Bewertung der Akzeptanz des jeweiligen Vergütungssystems erfolgte mit der Abfrage von drei spezifischen und einer globalen Frage. Die offene Frage am Ende der Abfrage zu einem Vergütungssystem bezog sich auf das jeweilige Vergütungssystem, um gegebenenfalls weitere relevante Merkmale zu erfassen, die im Fragebogen noch nicht thematisiert wurden.

Die Befragung erfolgte aufgeteilt in Aspekte und Teilaspekte der Konstrukte „Transparenz“ und „Akzeptanz“. Das hat den Vorteil, dass die erfragten Bewertungen auf einer vergleichbaren Grundlage erfolgten. Bei einer Fragebogenbefragung könnte die Festlegung und Beschränkung auf ein vorab definiertes Kategorien-Set einen Nachteil bedeuten. Dieser mögliche Nachteil wurde wieder weitgehend aufgelöst, indem zur Datenerhebung halbstrukturierte Interviews mit dem Fragebogen als Leitfaden geführt wurden. Diese wurden verbunden mit der Möglichkeit, die Vorgaben als Ausgangspunkt zu nutzen und inhaltlich darüber hinauszugehen. Durch die beiden zentralen Fragestellungen zur Transparenz und Akzeptanz sowie deren Unterkategorien wird ein Großteil an relevanten Aspekten, die bei der erfolgreichen Einführung von Vergütungssystemen im Gesundheitswesen maßgeblich sind, abgedeckt. Folglich kann anhand der vorliegenden Auswertung eine umfassende Einschätzung zu den Effekten der Einführung des neuen Vergütungssystems gegeben werden.

### **Struktur des Fragebogens**

- Transparenz
  - Ergebnistransparenz
    - 1. Frage: Nachvollziehbarkeit der Vergütung
    - 2. Frage: Nachvollziehbarkeit des Vergütungssystems
  - Verfahrenstransparenz
    - 3. Frage: Komplexität des Vergütungssystems
    - 4. Frage: Verständlichkeit des Vergütungssystems
  - Qualitätstransparenz
    - 5. Frage: Fehleranfälligkeit des Vergütungssystems
    - 6. Frage: Eindeutigkeit des Vergütungssystems
- Akzeptanz
  - 7. Frage: Aufwand des Vergütungssystems
  - 8. Frage: Praktikabilität des Vergütungssystems
  - 9. Frage: Kostengerechtigkeit des Vergütungssystems
- Globalfragen
  - 10. Frage: Transparenz des Vergütungssystems insgesamt
  - 11. Frage: Akzeptanz des Vergütungssystems insgesamt
- Offene Frage
  - 12. Frage: Weitere relevante Merkmale für das Vergütungssystem

Der Fragebogen ist zweigeteilt. Im ersten Teil beziehen sich die 12 Fragen auf das Vergütungssystem der tagesgleichen Pflegesätze, im zweiten Teil auf das PEPP-Entgeltssystem. Innerhalb der beiden Blöcke ist die Abfrage jeweils identisch.

Als Antwortmodalität wird jeweils eine fünfstufige Skala mit numerischen Stufenlabels (1 bis 5) und Labels an den Polen (links: „sehr gering“ und rechts: „sehr hoch“) angeboten, die Daten auf Intervallskalenniveau liefert. Bei der Frage zur Komplexität des Vergütungssystems (Frage 1.3 und 2.3) gibt es abweichende Pollabels (links: „zu simpel“ und rechts: „zu komplex“). Diese Abweichung dient dazu, eine wertende Antwort zu erhalten, da im Falle dessen, dass die Komplexität eines Vergütungssystems als „sehr gering“ oder „sehr hoch“ ausgeprägt angegeben wird, die Verhältnismäßigkeit nicht ausreichend ersichtlich ist. Mit der offenen Frage (Frage 1.12) soll herausgefunden werden, ob es für das betrachtete Vergütungssystem weitere relevante Merkmale gibt und wie sie bewertet werden. Zusätzlich wird zu jeder Frage Raum für erläuternde Freitextangaben angeboten.

**Erhebung der Daten bzw. Durchführung der Interviews** Die Befragung der Akteure verläuft in zwei Schritten. Zu Beginn erfolgt die standardisierte Abfrage der Bewertung der o. g. Teilaspekte mit dem Fragebogen. Im nachfolgenden Schritt wird das Interview geführt, wobei die im Fragebogen enthaltenen Angaben zu den abgefragten Aspekten und Teilaspekten als Ausgangspunkte genutzt werden.

Alle Interviews wurden von zwei BQS-MitarbeiterInnen durchgeführt. Zu Beginn wurden die InterviewpartnerInnen über das Vorgehen informiert, also darüber, dass das Gespräch der Struktur des Fragebogens folgt und die dort gemachten Angaben später näher erläutert werden. Die Akteure wurden darüber informiert, dass die Auswertungen anonym erfolgen und keine wörtlichen Zitate an Dritte weitergegeben werden. Die Aussagen sollen nur in verdichteter Form mit Nennung der Einrichtung oder der Gruppe veröffentlicht werden. Die Interviews wurden zumeist telefonisch durchgeführt. Sofern die interviewte Person zu Beginn zugestimmt hatte, wurde das Interview auditiv aufgezeichnet. Die Audioaufzeichnungen wurden anschließend verschriftlicht, wobei jede Verschriftung durch einen zweiten unabhängigen Mitarbeiter überprüft und ggf. korrigiert wurde. Die Verschriftung orientiert sich nahe am gesprochenen Wort.

**Ablaufbeschreibung** Die Akteursbefragung fand im Zeitraum vom 15.03. bis 19.05.2017 statt. Es konnten insgesamt 22 von den 28 geplanten Interviews durchgeführt werden. Die zu befragenden Einrichtungen (s. Tabelle 3.4) wurden vom Auftraggeber benannt.

Die Akquise der Interviewpartner erfolgte mithilfe eines Anschreibens inklusive Antwortfax und Musterfragebogen auf postalischem Weg. Es wurde um die Benennung eines Vertreters gebeten. Bei Ausbleiben einer Rückantwort wurde bis zu dreimal bei den Einrichtungen telefonisch nachgefasst. Nach der Benennung der InterviewpartnerInnen durch die angefragten Einrichtungen erhielten diese im zweiten Schritt den Fragebogen (s. Anhang A) im

Tabelle 3.4.: Die vom Begleitgremium genannten 28 Einrichtungen für die Akteursbefragung

Gruppe A - Leistungsempfänger	Kürzel
Aktion Psychisch Kranke e. V.	APK
Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V.*	BAPK
Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrener e.V.	BPE
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband e. V. - Gesamtverband*	DPWV
Gruppe B - Leistungserbringer	
Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V.	BAG-KJPP
Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser*	BAG-Psychiatrie
Bundesärztekammer	BÄK
Bundesdirektorenkonferenz - Verband Leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e. V.*	BDK
Bundespsychotherapeutenkammer	BPtK
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.	BDPK
Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.	DKG
Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V.	DEKV
Deutscher Pflegerat e. V.	DPR
Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V.	KKVD
Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V.	VUD
Gruppe C - Leistungsträger	
AOK-Bundesverband GbR	AOK-BV
BKK Dachverband	BKK-DV
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See	DRV-KBS
GKV-Spitzenverband Bund der Krankenkassen	GKV-SV
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.	MDS
Verband der Ersatzkassen e.V.	VDEK
Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.	PKV
Gruppe D - Wissenschaftliche Einrichtungen	
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.	DGGPP
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.	DGKJP
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.	DGPPN
Deutsche Gesellschaft für Ppsychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V.	DGPM
IKK e. V. Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen*	IKK e. V.
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau*	SVLFG

\*Einrichtung hat nicht an der Befragung teilgenommen.

Tabelle 3.5.: Zu- und Absagen in den vier Gruppen

Gruppe	benannt	Zusage	Absage / nicht erreich- bar	interviewt
A Leistungsempfänger	4	2	2	2
B Leistungserbringer	11	9	2	9
C Leistungsträger	9	7	2	7
D Wissenschaftl. Einrichtungen	4	4	0	4
Summe	28	22	6	22

Original zugeschickt. Im Anschluss daran wurden individuelle Termine für die Interviews vereinbart. Fünf der angefragten Einrichtungen haben einem Gespräch nicht zugestimmt. Ein Interviewteilnehmer war trotz mehrfacher Ansprache nicht erreichbar. Tabelle 3.5 stellt die Verteilung der Zu- und Absagen in den vier Gruppen dar. Hier zeigt sich, dass die Gruppe der Leistungsempfänger (Gruppe A) mit nur zwei Einrichtungen vertreten ist, die Gruppen B bis D hingegen mit vier, sieben bzw. neun Einrichtungen. Die Interviewpartner werden von den angeschriebenen Einrichtungen nach eigenem Ermessen benannt. Das führt in Gruppe A dazu, dass zum einen ein ehemaliger Patient mit umfangreichen Gremiumserfahrungen als Patientenvertreter auf Bundesebene befragt wird und im zweiten Fall ein Geschäftsführer eines psychiatrischen Versorgungsunternehmens, der somit gleichzeitig über profunde Erfahrungen als Leistungserbringer verfügt.

In zwei Fällen wurde auf Wunsch der InterviewpartnerInnen von der Aufzeichnung abgesehen. In zwei weiteren Fällen wurde auf Wunsch der InterviewpartnerInnen von der strukturierten Interviewform abgewichen, da eine individuelle Interviewform gewünscht wurde. Die Ergebnisse aus diesen Gesprächen konnten nur eingeschränkt in das Gesamtergebnis einfließen.

Die Länge der telefonischen Interviews lag zwischen 32 und 95 Minuten; im Durchschnitt dauerten die Interviews 66 Minuten.

### 3.1.2. Sekundärdaten

Für die begleitende Forschung zu den Auswirkungen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) werden einerseits Sekundärdaten vom Auftragnehmer (Daten gemäß § 21 KHEntgG) bereitgestellt und andererseits selbst zugänglich gemachte Daten (Daten des statistischen Bundesamtes, Routinedaten gemäß § 295 und § 301 SGB V, Daten der KJ1-Statistik u. v. m.) verwendet.

## Plausibilisierung und Qualitätssicherung

Vor den beschreibenden Analysen wurden die Daten umfassend plausibilisiert. Als Leitfaden für die umfassenden Plausibilisierungen dienten verschiedene Standardverfahren [32, 29, 60].

**Vollständigkeit** Ein Beispiel hierfür ist die Überprüfung auf Vollständigkeit der bereitgestellten Datengrundlage. Sollten zum Beispiel die Auswirkungen auf die Anzahl und den Anteil von hauptamtlichen Ärzten durch die Einführung des PEPP-Entgeltsystems analysiert werden und war dabei der Anteil von hauptamtlichen Ärzten 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 dieser 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** Neben den aufgeführten Standardverfahren wurden die Daten vor den beschreibenden Analysen zudem mittels spezieller Verfahren plausibilisiert. Ein Beispiel ist die Überprüfung der Kodierung, die durch ICD-Kodes und OPS-Kodes beeinflusst sein kann. So sollte entsprechend dem Forschungsauftrag beispielsweise die Anzahl der vollstationären Fälle berechnet werden, die einen OPS-Kode 8-550, 8-918, 8-985, 9-700, 9-981, 9-982 dokumentiert haben. Dabei ist festzuhalten, dass der OPS-Kode 9-700 (Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen) zwar im OPS-Katalog 2014 definiert ist, jedoch nicht mehr ab dem OPS-Katalog 2015. Nachdem die berechnete Anzahl der beobachteten Fälle damit zwangsläufig fällt, wurde im vorliegenden Beispiel die Anzahl der Fälle dieser PatientInnengruppe über alle Jahre hinweg ohne die Fälle mit dem OPS-Kode 9-700 berechnet. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Beobachtungen über alle Jahre hinweg verglichen werden können.

## 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 Krankenhausentgeltgesetz

(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, umfasst.

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

Für den vorliegenden Bericht stehen entsprechend dem Forschungsauftrag keine fallbezogenen Daten aus den jährlichen Datenlieferungen nach § 21 KHEntgG zur Verfügung, sondern lediglich die vom Auftraggeber bereitgestellten Daten für die vorgegebenen Indikatoren in aggregierter Form. Erst für die noch folgenden Berichte können (entsprechend dem Forschungsauftrag) fallbezogene Daten analysiert werden.

Die in diesem Endbericht dargestellten Indikatoren, die sich auf die Daten nach § 21 KHEntgG beziehen, basieren – soweit nicht anderes erwähnt – auf teil- und vollstationäre PatientInnen im PSYCH-Entgeltbereich. Ein Beispiel für eine abweichende Darstellung stellt Abbildung C.3 dar. Diese Abbildung zeigt die Anzahl der Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten, die nicht im PSYCH-Entgeltbereich, sondern im DRG-Entgeltbereich abgerechnet werden.

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).

### **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 nicht anderes erwähnt – auf teil- und vollstationären PatientInnen im 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 aus allen anderen Krankenhäusern bleiben in diesen Fällen daher unberücksichtigt.

Diese Daten stehen der allgemeinen Öffentlichkeit in aggregierter Form zur Verfügung. Aus diesem Grund werden interessierte LeserInnen für nähere Informationen zu den Erhebungs- und Messmethoden auf das Statistische Bundesamt verwiesen.

### **Routinedaten gemäß § 295 und § 301 SGB V**

Für die Begleitforschung werden weiterhin Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen vor allem gem. § 295 ([Abrechnung ärztlicher Leistungen](#)) bzw. § 301 ([Krankenhausleistungen](#)) Sozialgesetzbuch V (SGB V) verwendet.

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

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

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

### **Daten der KJ1-Statistik**

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

Im Rahmen der Bestandsaufnahme der Indikatoren für die Daten der Jahre 2011 und 2012 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.

### **Weitere Datenhalter**

Entsprechend dem Forschungsauftrag werden für einzelne Indikatoren zusätzliche Informationen eingeholt, z. B. Daten der obersten, für Gesundheits- und Versorgungsaspekte zuständigen, Landesbehörden oder auch des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).

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

Die Daten zu den Anzahlen vollstationärer Betten und teilstationärer Plätze in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (Krankenhäusern oder Fachabteilungen in Krankenhäusern) sowie zur Teilnahme an der regionalen Pflichtversorgung konnten fast vollständig bei den obersten Landesgesundheitsbehörden erhoben werden.

Bundeseinheitlich verfügbar sind Daten zur Anzahl der Unterbringungsverfahren und -genehmigungen nach Betreuungsrecht (§ 1906 Abs. 1 und 2 BGB) und für unterbringungsähnliche Maßnahmen (§ 1906 Abs. 4 BGB), welche in einer jährlichen Sondererhebung zu Betreuungsverfahren erhoben werden [11, 14]. 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 [12]. Die Daten in nach Ländern differenzierter Form wurden beim Bundesamt für Justiz erhoben. Die über die obersten Landesbehörden (Landesgesundheitsministerien) erhobenen Daten zu den gesetzlichen Unterbringungen sind, unter anderem aufgrund der landesspezifischen Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsgesetze mit daraus resultierenden unterschiedlichen Meldesystemen und Dokumentationsstrukturen sowie Zuständigkeitsbereichen, sehr heterogen. In Baden-Württemberg wird bspw. erst seit 2015 die Anzahl der Unterbringungen im Melderegister gemäß § 10 Abs. 3 PsychKHG erfasst. Auch Bayern kann erst seit 2017 die Anzahl der tatsächlichen Unterbringungen nach dem Bay. UnterbrG feststellen.

Daten zu den Leistungen der sozialpsychiatrischen Dienste liegen den Gesundheitsministerien der Länder größtenteils nicht bzw. sehr heterogen vor. Aufgrund der fehlenden flächendeckenden Berichterstattung ist ein Vergleich der Länder nicht möglich, weshalb auf die deskriptive Analyse für die Datenjahre 2011–2012 verzichtet wird. Weitere mögliche Datenhalter konnten nicht ermittelt werden.

## 3.2. Öffentlicher Zugang

Interessierte LeserInnen finden auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die in diesem Endbericht verwendeten Datengrundlagen für die publikationsfähigen Sekundärdaten ([Explorativer Datenzugang](#)). Die in diesem Endbericht verwendeten Primärdaten können aus Gründen der Wahrung des Datenschutzes sowie aufgrund 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 3.1):

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).

Vier Darstellungsoptionen ermöglichen eine ansprechende explorative Analyse:

1. Liniendiagramm: Ein Liniendiagramm (auch Kurvendiagramm) ist die grafische Darstellung des funktionellen Zusammenhangs zweier Merkmale in Linienform. Die Ausprägung des Indikators ist dabei stets auf der vertikalen Achse abgetragen, die verfügbaren Datenjahre auf der horizontalen Achse. Untergruppen werden farblich voneinander getrennt und als weitere Linien ausgewiesen.
2. Balkendiagramm: Ein Balkendiagramm (auch Säulendiagramm oder Stabdiagramm) ist ein Diagramm, welches durch auf der horizontalen Achse senkrecht stehende, nicht aneinandergrenzende Säulen die Häufigkeitsverteilung einer Variablen veranschaulicht. Die horizontale Achse weist dabei die verfügbaren Datenjahre aus, die vertikale Achse die Ausprägung des Indikators. Untergruppen werden farblich voneinander getrennt und ebenfalls auf der horizontalen Achse ausgewiesen.
3. Boxplot: Ein Boxplot (auch Box-Whisker-Plot oder Kastengrafik) ist ein Diagramm, welches zur grafischen Darstellung der Verteilung eines mindestens ordinalskalierten Merkmals verschiedene robuste Streuungs- und Lagemaße in einer Darstellung zusammenfasst. Es wird dabei die Verteilung eines Indikators über die Jahre bzw. Untergruppen zusammengefasst.
4. Datentabelle: Eine Datentabelle stellt die Ausprägung eines Indikators geordnet zusammen. Die Jahre werden dabei in den Zeilen (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 einzu-

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

The image shows a web interface with three dropdown menus labeled 1, 2, and 3. Menu 1 is 'Thema' with the text 'Kein Thema ausgewählt'. Menu 2 is 'Indikator' with the text 'Kein Indikator ausgewählt'. Menu 3 is 'Untergruppe' with the text 'Keine Untergruppe ausgewählt'. Below these is a row of four buttons: 'Liniendiagramm' (highlighted), 'Balkendiagramm', 'Boxplot', and 'Datentabelle'.

Abbildung 3.1.: Auswahl von Indikatoren und Darstellungsoptionen

schränken (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 benutzten Endgeräts reagiert. Zum Beispiel erlaubt die Nutzung eines größeren Bildschirms eine grafische Darstellung von mehr sichtbaren Untergruppen.

### 3.3. Methoden

#### 3.3.1. Rahmenbedingungen der empirischen Analysen

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

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

Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik können das PEPP-Entgeltsystem seit dem Jahr 2013 auf freiwilliger Basis einführen. Mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der

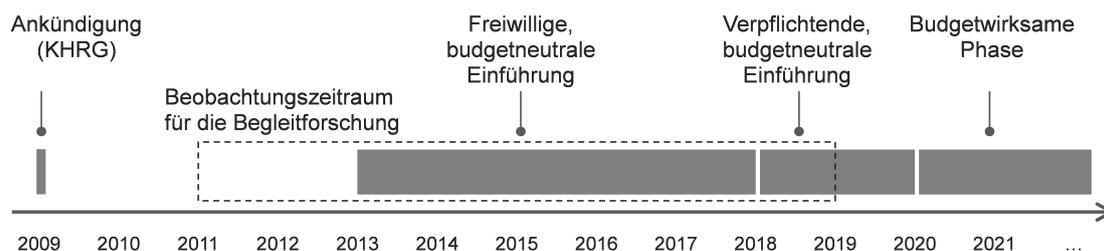


Abbildung 3.2.: Zentrale Phasen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems

Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 24. Juli 2014 wurde die Frist, in der Kliniken das PEPP-Entgeltsystem freiwillig einführen können, verlängert. Ab 2018 ist die Umstellung verpflichtend, wenngleich zunächst (weitgehend) budgetneutral.

Es wäre ebenfalls möglich, dass bereits die freiwillige Einführung des PEPP-Entgeltsystems ab dem Jahr 2013 zu Veränderungen geführt hat, z. B. durch Umstellung des Kodierverhaltens der Krankenhäuser. Die für diesen Forschungsauftrag bereitgestellten Daten ermöglichen einen Vergleich der Indikatoren zwischen den zeitlichen Abschnitten vor (Jahre 2011 und 2012) und nach (Jahre 2013 bis 2018) der freiwilligen und budgetneutralen Einführung. Ebenfalls möglich ist zudem ein Vergleich der Indikatoren aus den zeitlichen Abschnitten vor (Jahre 2011 und 2012) und während der freiwilligen Einführung (Jahre 2013 bis 2017) mit den Werten der Indikatoren aus dem zeitlichen Abschnitt der verpflichtenden, budgetneutralen Einführung (Jahre 2018 und 2019).

Abbildung 3.2 fasst die zentralen Phasen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems zusammen und ordnet die entsprechend dem Forschungsauftrag bereitgestellten Daten und damit verbundenen möglichen inferenzstatistischen Analysen zeitlich ein.

### 3.3.2. Auswahl von Indikatoren

Um den vorliegenden Endbericht übersichtlich zu halten, erfolgt eine Auswahl aus den 231 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 angesprochen werden [vgl. 51]. Im Ergebnis werden somit 31 Indikatoren grafisch und/oder tabellarisch dargestellt. Dementsprechend wurde auf eine grafische Darstellung und einen Bericht von deskriptiv-statistischen Kennzahlen verzichtet, wenn inhaltlich identische Indikatoren zu inhaltlichen Redundanzen führen und damit für die LeserInnen keinen Mehrwert darstellen. Die Beantwortung der Forschungsfragen und die Diskussionen erfolgen aber stets auf Grundlage einer Auswertung sämtlicher verfügbarer Beobachtungen, sodass bei der ausgewählten grafischen bzw. tabellarischen Darstellung keine inhaltlichen Aspekte verfälscht werden. Alle, auch nicht im vorliegenden Endbericht dargestellten, publikationsfähigen Datengrundlagen

stehen den interessierten LeserInnen über einen explorativen Datenzugang zur Verfügung (s. Unterkapitel 3.2).

### 3.3.3. Beschreibende Analyse

Im vorliegenden Bericht werden auf Basis der Primär- und Sekundärdaten sog. Lage- und Streuungsmaße für einzelne Jahre oder Untergruppen berechnet und anschließend beschreibend diskutiert. Die beschreibenden Analysen stehen im Rahmen der Untersuchungen der intertemporalen Veränderungen innerhalb des ersten zeitlichen Abschnitts der begleitenden Forschung im Vordergrund.

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.)

Die beschreibende Analyse wird in den zukünftigen Endberichten zu den weiteren Datenjahren um zweidimensionale tabellarische und grafische Zusammenhänge ergänzt. Diese umfassen z. B. sog. Scatter-Plots (auch Streudiagramm genannt). Es handelt sich hierbei um eine grafische Darstellung von beobachteten Wertepaaren zweier Merkmale (z. B. Fallzahlen und Anzahl der Krankenhäuser). Diese Wertepaare werden in ein kartesisches Koordinatensystem eingetragen, wodurch sich eine Punktwolke ergibt.

### 3.3.4. Inferenzstatistische Analyse

Mit den weiteren Datenjahren können die intertemporalen Veränderungen der Indikatoren ab dem nächsten Bericht zusätzlich inferenzstatistisch analysiert und interpretiert werden (Datenjahre 2013 bis 2015 bzw. 2016 bis 2018). Zur Untersuchung der intertemporalen Veränderungen werden zusätzlich zu den aktuell bereitgestellten aggregierten Daten noch fallbezogene Daten hinzugenommen.

Bei einer inferenzstatistischen Analyse ist es von Bedeutung, die kontrafaktische Entwicklung der Indikatoren präzise schätzen zu können [47]. Die kontrafaktische Entwicklung der Indikatoren ist die Entwicklung der Indikatoren im Beobachtungszeitraum entgegen dem tatsächlichen Geschehen. Sie beschreibt somit die angenommene Entwicklung der

Indikatoren, die eingetreten wäre, wäre die Einführung des PEPP-Entgeltsystems nicht erfolgt.

Um auf Basis der zur Verfügung stehenden Daten (s. Unterkapitel 3.1) die kontrafaktische Entwicklung der Indikatoren zu schätzen, werden Gruppen von Beobachtungen einer sog. Quasi-Experimental- oder einer sog. Kontrollgruppe zugeordnet. Ist diese Zuordnung erfolgt, kann die Entwicklung der Indikatoren der Quasi-Experimentalgruppe mit der Entwicklung der Indikatoren der Kontrollgruppe verglichen werden.

Diese Zuordnung erfolgt für alle Fälle aus dem allgemeinen Geltungsbereich des PEPP-Entgeltsystems, dem Versorgungsbereich „Psychiatrie und Psychosomatik“. Im Detail wird dieser Versorgungsbereich als Grundgesamtheit aller Fälle mit einer F-Hauptdiagnose oder Fälle mit einer G-Hauptdiagnose und einer F-Nebendiagnose definiert.

Die Zuordnung zur sog. Quasi-Experimental- oder sog. Kontrollgruppe erfolgt in Abhängigkeit von der zu beantwortenden Forschungsfrage. Zwei zentrale Kriterien für diese Zuordnung der PatientInnen aus dem Versorgungsbereich „Psychiatrie und Psychosomatik“ sind:

1. Abgerechneter Entgeltbereich
  - (a) PEPP
  - (b) Tagesgleicher Pflegesatz
  - (c) DRG
2. Aufnehmende Fachabteilung
  - (a) Psychiatrie und Psychosomatik (Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik/Psychotherapie)
  - (b) Somatik

Durch dieses Vorgehen ist beispielsweise ein Vergleich der Entwicklungen der Fallzahlen von PatientInnen mit einer Hauptdiagnose ICD-F10.0 („akuter Rausch“) zwischen einer Aufnahme im PSYCH-Entgeltbereich und einer Aufnahme im DRG-Entgeltbereich möglich. Diese PatientInnen könnten sowohl im Rahmen der PEPP „PA02D“ in einer aufnehmenden Fachabteilung aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik behandelt werden als auch im Rahmen der DRG „V60B“ in einer aufnehmenden Fachabteilung aus dem Bereich der Somatik.

Um die Auswirkungen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) auf die Fallzahlen im klinischen Bereich der Hauptdiagnose F10.0 inferenzstatistisch zu analysieren, könnte in diesem Beispiel die „Aufnahme im DRG-Entgeltbereich“ als identifizierendes Merkmal für die Kontrollgruppe betrachtet werden. Die Werte des Indikators „Fallzahlen“ der Kontrollgruppe beschreiben dabei die Entwicklung des Indikators, die beobachtet worden wäre, hätte die Einführung

des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) nicht stattgefunden.

Die Quasi-Experimentalgruppe (in diesem Beispiel die Aufnahme im PSYCH-Entgeltbereich) kann somit mit der Kontrollgruppe verglichen werden, um zu erörtern, ob andere Faktoren, z. B. medizinische Weiterentwicklungen, eine Veränderung der beobachteten Fallzahlen für die Fälle der Quasi-Experimentalgruppe erklären könnten. Eine zentrale Annahme in diesem Beispiel wäre, dass medizinische Weiterentwicklungen einen identischen Einfluss auf die PatientInnen in beiden Untergruppen haben würden.

Die Zuordnung der PatientInnen gemäß den zwei oben angeführten Kriterien erlaubt es zum Beispiel auch, die Entwicklungen der Fallzahlen von PatientInnen mit einer Hauptdiagnose F10.0 („akuter Rausch“) aus dem vorangehenden Beispiel dahin gehend zu analysieren, ob sich die Fallzahlen für das gesamte Segment „Psychiatrie und Psychosomatik“ verändern oder nominale Veränderungen in den Abrechnungsmodalitäten (z. B. Wechsel von tagesgleichen Pflegesätzen zu PEPP-Entgelten) eine Veränderung der Fallzahlen erklären können.

### 3.3.5. Auswertung der Interviews

Im ersten Schritt wurden die Interview-Texte segmentiert. Dazu wurden Textpassagen isoliert und markiert, die eine Aussage enthalten, die sich von dem umgebenden Text und den dort formulierten Aussagen unterschieden. Die Segmente konnten unterschiedlich umfangreich sein und deckten insgesamt nur einen Teil des gesamten Interview-Textes ab.

Jedes identifizierte Segment wurde anschließend in einem Raster systematisch erfasst. Dazu wird eine Tabelle verwendet, in der pro Zeile ein Text-Segment dargestellt wird. In den ersten drei Spalten wird die Quelle der Aussage eingetragen: die Gruppe des Interviewten, die Nr. innerhalb der Gruppe sowie die Zeile, in der die betrachtete Aussage in der Verschriftung beginnt. In den folgenden drei Spalten werden formale Merkmale der Aussage notiert:

1. auf welches Vergütungssystem sich die Aussage bezieht (vorab werden die Einträge: TGPS, PEPP, beide, andere(s) und allgemein angeboten),
2. welche Valenz die Aussage hat (positiv, mittel, negativ) und
3. wie sie bewertet wurde.

In Tabelle 3.6 wird eine Aussage der interviewten Person  $Bx$  ( $x$ . VertreterIn der Gruppe  $B$ , also der Leistungserbringer) beispielhaft dargestellt, die in Zeile 36 der Verschriftung dieses Interviews beginnt. Im Beispiel handelt es sich um eine positive Aussage von  $Bx$  zu den tagesgleichen Pflegesätzen, wobei eine Bewertung gemäß dem Schema mit „5“ erfolgte.

In den folgenden drei Spalten findet eine systematische Zuordnung der Aussage nach inhaltlichen Merkmalen statt (s. Tabelle 3.7). Dabei wird auf die Systematik des Fragebogens bzw. des Leitfadens zurückgegriffen.

Tabelle 3.6.: Ausschnitt der Erfassungsmaske

Quelle		formale Ordnungsmerkmale			
Gruppe Nr.	Zeile	Bezug:	Valenz:	Bewertung:	
		TGPS	pos.	5 = sehr hoch	
		PEPP	mittel	4 = eher hoch	
		beide	neg.	3 = mittel	
		andere(s)		2 = eher gering	
		allgemein		1 = sehr gering	
B	x	36	TGPS	pos.	5

Tabelle 3.7.: Ausschnitt der Erfassungsmaske (Fortsetzung)

Inhaltliche Ordnungsmerkmale		
Transparenz	Ergebnis	Nachvollz. Vergütung
Akzeptanz	Verfahren	Nachvollz. VGS
	Qualität	Komplexität
	Aufwand	Verständlichkeit
	Praktikabilität	Fehleranfälligkeit
	Kostengerecht.	Eindeutigkeit
Transparenz	Ergebnis	Nachvollz. Vergütung

In der beispielhaft ausgewählten Aussage äußert sich Bx zur Ergebnistransparenz der Vergütung für einzelne PatientInnen. Die tatsächliche Aussage wird anschließend in verdichteter Form in den folgenden drei Spalten systematisch erfasst (s. Tabelle 3.8).

Zunächst wird der Gegenstand notiert, auf den sich die Aussage bezieht, dann wird der bewertende Aspekt der Aussage erfasst und schließlich die Erläuterung oder Begründung für diese Aussage vom Befragten, sofern es eine solche gibt. Bei jeder dieser drei Angaben wird die Essenz der Aussage notiert, verbunden mit dem Bemühen, möglichst einheitliche Formulierungen im Laufe der Auswertungen zu etablieren. Im dargestellten Beispiel wird als Gegenstand der Aussage von Bx „Abrechnung des einzelnen Falles“ eingetragen, als Bewertung „Nachvollziehbarkeit sehr hoch“ und als Begründung notiert, dass aus den festen Budgets wenige Pflegesätze zur Abrechnung resultieren.

Nach diesem Verfahren wird zunächst ein Interview jeder Gruppe ausgewertet. Diese Auswertung wird dann kumulativ um die Aussagen der anderen Gruppen-VertreterInnen ergänzt, wobei nur bisher nicht im System enthaltene Aussagen vollständig erfasst werden.

Tabelle 3.8.: Ausschnitt der Erfassungsmaske (Fortsetzung)

Statement (Essenz)		
Gegenstand	Bewertung	Begründung
Abrechnung des einzelnen Falles	Nachvollziehbarkeit sehr hoch	Ich habe ein festes Budget und rechne das dann über wenige Pflegesätze ab.

Redundante Aussagen werden in der Zeile der ersten Dokumentation vermerkt. Durch dieses Vorgehen ergibt sich für jede Gruppe eine Tabelle mit allen zu den Vergütungssystemen getätigten Aussagen aller Gruppenvertreter.

Die Auswertung der gesammelten Inhalte geschieht dann, indem durch Filtern nach den inhaltlichen Ordnungsmerkmalen Gemeinsamkeiten und Unterschiede innerhalb der Gruppen und zwischen ihnen identifiziert und beschrieben werden.

## 4. Veränderungen des Zugangs zur psychosomatischen und psychiatrischen 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“ [39]. Somit ist nicht nur die (zeitnahe) Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung ein Indikator für guten Zugang zum Versorgungssystem. Die (zeitnahe) Inanspruchnahme muss auch in Zusammenhang mit der Qualität der damit erreichten Gesundheitsziele gesehen werden. So sind beispielsweise eine „zeitnahe Terminvereinbarung“, die „kurzfristige Rückmeldung mittels Telefon oder E-Mail“, „kurze Wartezeiten“ sowie die „Erreichbarkeit eines Leistungserbringers außerhalb der Kernarbeitszeit“ relevante Faktoren für einen angemessenen Zugang zur Versorgung [21]. Auch soziodemografische (z. B. Geschlecht, Herkunft des Leistungsempfängers und -erbringers), administrative (z. B. Organisation der Leistungsvergütung) und geografische Einflussfaktoren (z. B. zeitliche und räumliche Distanz zur Versorgungsstätte) sind als Determinanten des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen von Bedeutung [25]. Das schließt beispielsweise auch die verfügbaren Transportmittel oder die Krankenhausdichte in einem Versorgungsgebiet mit ein.

Mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems könnte sich der Zugang der Bevölkerung zu stationären Leistungen erhöhen oder verringern, beispielsweise durch Veränderungen der Versorgungsstrukturen oder der angebotenen Leistungen. Möglicherweise bietet das PEPP-Entgeltsystem außerdem Anreize zur Risikoselektion zuungunsten 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.

Der Zugang zum stationären Sektor lässt sich z. B. durch die Anzahl der Einrichtungen und der darin vorgehaltenen Betten beschreiben. Ein Rückgang in der Anzahl an Einrichtungen und/oder der vorgehaltenen Betten könnte z. B. auf Versorgungsengpässe hindeuten, was im Interesse der Versorgungssicherheit zu beobachten und zu untersuchen ist. Der ausgewählte Indikator „Anzahl Krankenhäuser mit regionaler Pflichtversorgung“ zeigt auf, wie sich die Anzahl der Krankenhäuser, welche an der regionalen Pflichtversorgung teilnehmen, verändert. Die im Vorzeitraum der Änderung erhobenen Daten geben einen Hinweis über den bereits bestehenden Trend bei der Entwicklung der Kapazitäten für die Pflichtversorgung. Zusätzlich ermöglichen die ausgewählten Indikatoren „Anzahl Plätze in Krankenhäusern mit regionaler Pflichtversorgung (teilstationär)“ und „Anzahl Plätze in Krankenhäusern ohne regionale Pflichtversorgung (teilstationär)“ einen Vergleich

der absoluten Entwicklungen der Kapazitäten in der teilstationären Versorgung nach Einrichtungen mit und ohne regionaler Pflichtversorgung.

Der ausgewählte Indikator „Kilometer zwischen Wohn- und Behandlungsort (kürzeste Fahrtstrecke)“ zeigt beispielsweise auf, inwiefern sich die physische Zugänglichkeit zu stationären psychiatrischen Leistungen verändert. Vor allem aus Sicht von PatientInnen, aber auch möglicher Angehöriger ist eine wohnortnahe Behandlung wünschenswert. Eine Veränderung der Strecke zwischen Wohn- und Behandlungsort kann jedoch auch unabhängig von der Einführung von PEPP erfolgt sein, z. B. aufgrund von Änderungen in der Krankenhausplanung oder durch Änderungen im Verkehrsnetz.

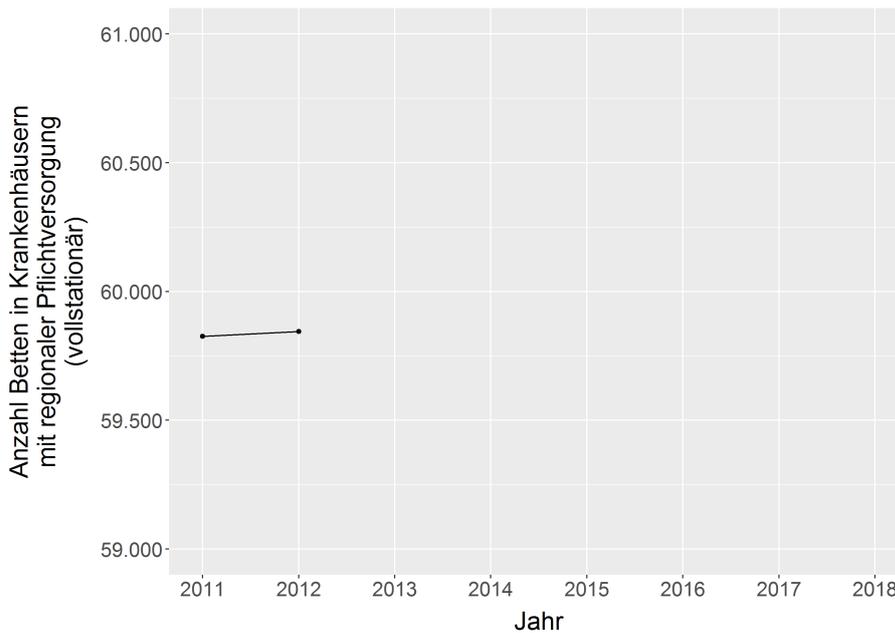
Auch der Indikator „Anteil nicht in nächstgelegenen Krankenhaus aufgenommener Fälle an allen Fällen (in Prozent)“ zielt auf die physische Erreichbarkeit von notwendigen Gesundheitsleistungen ab. Eine Verringerung dieses Anteils würde darauf hindeuten, dass mehr PatientInnen eine räumlich nahe gelegene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

Zudem werden Veränderungen, die die regionale Pflichtversorgung betreffen, welche ein zentraler Stützpfeiler für die wohnortnahe Erbringung medizinischer Leistungen an psychiatrischen PatientInnen ist, im Rahmen dieses Kapitels näher untersucht.<sup>4</sup> Regionale Pflichtversorger müssen alle PatientInnen aus einem definierten Einzugsbereich aufnehmen, die nach den Unterbringungsgesetzen der Länder sowie nach dem BGB eingewiesen werden oder stationär behandlungsbedürftig sind [46]. Für die Erfüllung der Versorgungsverpflichtung müssen die betroffenen Krankenhäuser Kapazitäten vorhalten, die je nach Einzugsgebiet und sozio regionalen Besonderheiten unterschiedlich hohe strukturelle Kosten verursachen. Bei der Implementierung des PEPP-Entgeltsystems fand die Teilnahme an der Notfall- und regionalen Pflichtversorgung zunächst keine explizite Berücksichtigung in der Vergütung, welche primär auf Diagnosen, Prozeduren und PatientInnencharakteristika basiert. In § 17d KHG ist jedoch festgelegt, dass eine Vereinbarung von Zu- bzw. Abschlägen für die Teilnahme an der regionalen Pflichtversorgung zu prüfen ist. Da die regionale Pflichtversorgung dahin gehend bisher keine direkte Berücksichtigung findet, ist eine Prüfung der Folgen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems für die regionale Pflichtversorgung naheliegend. In diesem Kapitel sind daher auch zwei Indikatoren enthalten, die eine Operationalisierung des Zugangs zur regionalen Pflichtversorgung vornehmen.

Die Anzahl von Nacht- und Wochenendaufnahmen kann als Indikator für Notfälle genutzt werden. Krankenhäuser, die an der regionalen Pflichtversorgung teilnehmen, sind dazu verpflichtet, Notfallambulanzen zu betreiben. Somit gibt der ausgewählte Indikator

---

<sup>4</sup>Die Organisation der psychiatrischen Versorgung fällt in den Kompetenzbereich der Länder. Dementsprechend sind regionale Versorgungsverpflichtungen für einzelne Krankenhäuser nicht jedem Bundesland gleich geregelt. In Baden-Württemberg sind beispielsweise alle Krankenhäuser im Rahmen ihrer Aufgabenstellung und ihrer Leistungsfähigkeit zur Aufnahme und Versorgung von PatientInnen verpflichtet (§ 28 Abs. 3 LKHG). Zum Zeitpunkt der Berichterstellung lagen noch keine vollständigen Daten zur gesetzlichen Organisation der regionalen psychiatrischen Versorgung vor.



Datenquelle: Landesgesundheitsbehörden

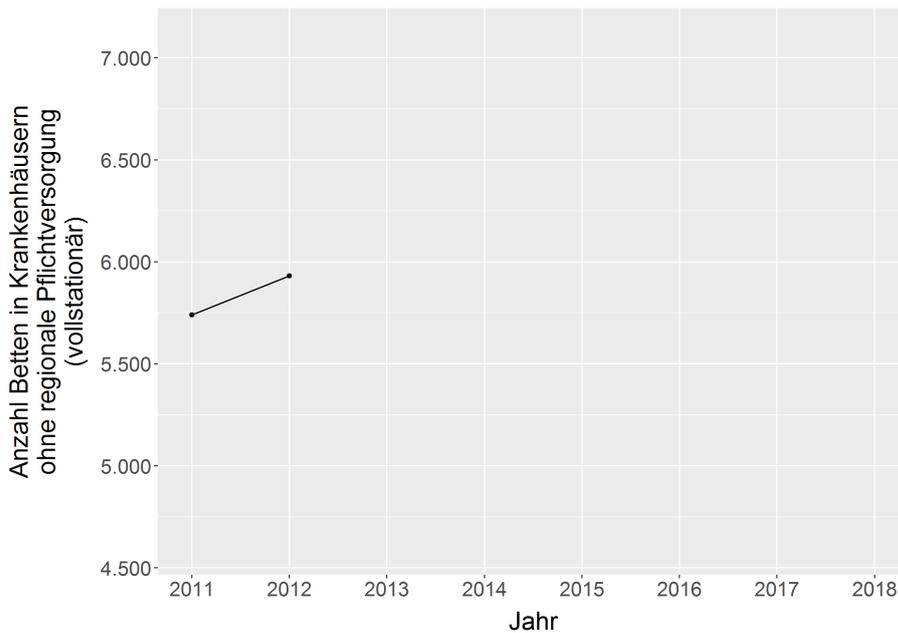
Abbildung 4.1.: Anzahl Betten in Krankenhäusern mit regionaler Pflichtversorgung (vollstationär)

„Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)“ einen Hinweis darauf, wie Krankenhäuser hinsichtlich stationär aufzunehmender Notfälle auf die Einführung von PEPP reagieren.

Im nachfolgenden Unterkapitel wird eine empirische Untersuchung der Indikatoren auf Basis von aggregierten Leistungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland (Datengrundlage gemäß § 21 KHEntgG) sowie Daten aus der Befragung der für die Krankenhausplanungen zuständigen Landesgesundheitsbehörden vorgenommen. Im Fokus stehen hierbei die Datenjahre 2011–2012 vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems.

## 4.1. Regionale Pflichtversorgung und Zugang zur Versorgung

Die regionale Pflichtversorgung ist ein zentraler Stützpfeiler für die wohnortnahe Erbringung medizinischer Dienstleistungen an psychiatrischen PatientInnen. Durch kurze Wege zwischen dem ambulanten und stationären Sektor sowie eine Anbindung an komplementäre Träger soll die Behandlungskontinuität sichergestellt werden. Insofern ist die Anzahl der Krankenhäuser, die eine geografisch definierte Versorgungsverpflichtung haben, bzw. die Anzahl der Betten in solchen Krankenhäusern eine wichtige Kennziffer zur Abbildung der strukturellen und kapazitiven Versorgungssituation.



Datenquelle: Landesgesundheitsbehörden

Abbildung 4.2.: Anzahl Betten in Krankenhäusern ohne regionale Pflichtversorgung (vollstationär)

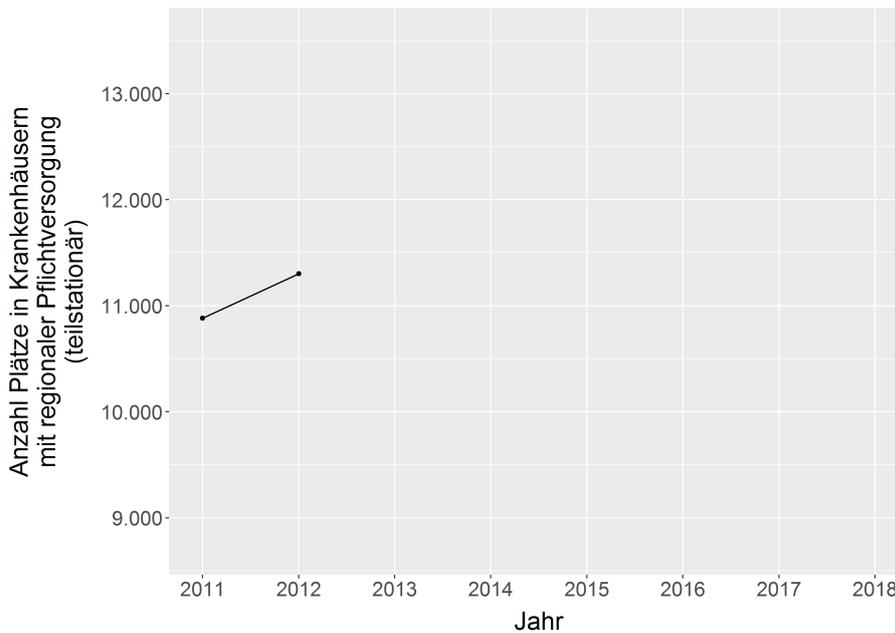
### Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

Abbildung 4.1 zeigt die Entwicklung der Anzahl der vollstationären Betten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (Krankenhäusern oder Fachabteilungen in Krankenhäusern), die an der regionalen Pflichtversorgung teilnehmen, im Zeitraum von 2011 bis 2012. Die Zahl vollstationärer Betten in Krankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung betrug im Jahr 2011 59 826 und im Jahr 2012 59 845, blieb also de facto unverändert (+19 Betten).

Abbildung 4.2 zeigt die Entwicklung der Anzahl der vollstationären Betten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, die nicht an der regionalen Pflichtversorgung teilnehmen, im Zeitraum von 2011 bis 2012. Die Zahl der Betten in Krankenhäusern ohne regionale Pflichtversorgung betrug im Jahr 2011 5 740 und im Jahr 2012 5 931, was einen Anstieg von 3,3 Prozent (+191 Betten) darstellt.

Von Interesse ist ebenfalls eine Analyse der Bettenzahl in Krankenhäusern, die an der regionalen Pflichtversorgung teilnehmen bzw. nicht teilnehmen, nach Bundesland getrennt. Die höchsten absoluten Zuwächse in 2011 und 2012 verzeichnen die Bundesländer Hessen (+166 Betten) und Sachsen (+138 Betten). In den Bundesländern Nordrhein-Westfalen (-382 Betten) und Mecklenburg-Vorpommern (-49 Betten) ist die Zahl hingegen zurückgegangen.

Abbildung 4.3 zeigt die Veränderung der Anzahl der teilstationären Plätze in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, die an der regionalen Pflichtversorgung



Datenquelle: Landesgesundheitsbehörden

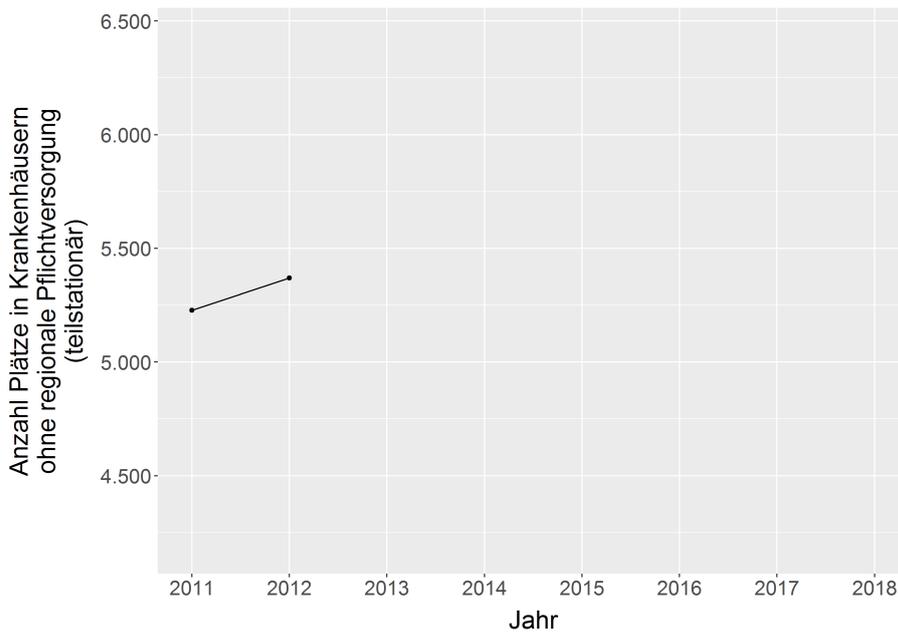
Abbildung 4.3.: Anzahl Plätze in Krankenhäusern mit regionaler Pflichtversorgung (teilstationär)

teilnehmen, im Zeitraum von 2011 bis 2012. Die Zahl der teilstationären Plätze in Krankenhäusern mit regionaler Pflichtversorgung betrug im Jahr 2011 10 881 und im Jahr 2012 11 302, was einen moderaten Anstieg von 3,9 Prozent (+421 Plätze) darstellt.

Abbildung 4.4 zeigt die Veränderung der Anzahl der teilstationären Plätze in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, die nicht an der regionalen Pflichtversorgung teilnehmen, im Zeitraum von 2011 bis 2012. Die Zahl der teilstationären Plätze in Krankenhäusern ohne regionale Pflichtversorgung betrug im Jahr 2011 5 227 und im Jahr 2012 5 370, was einen moderaten Anstieg von 2,7 Prozent (+143 Plätze) darstellt.

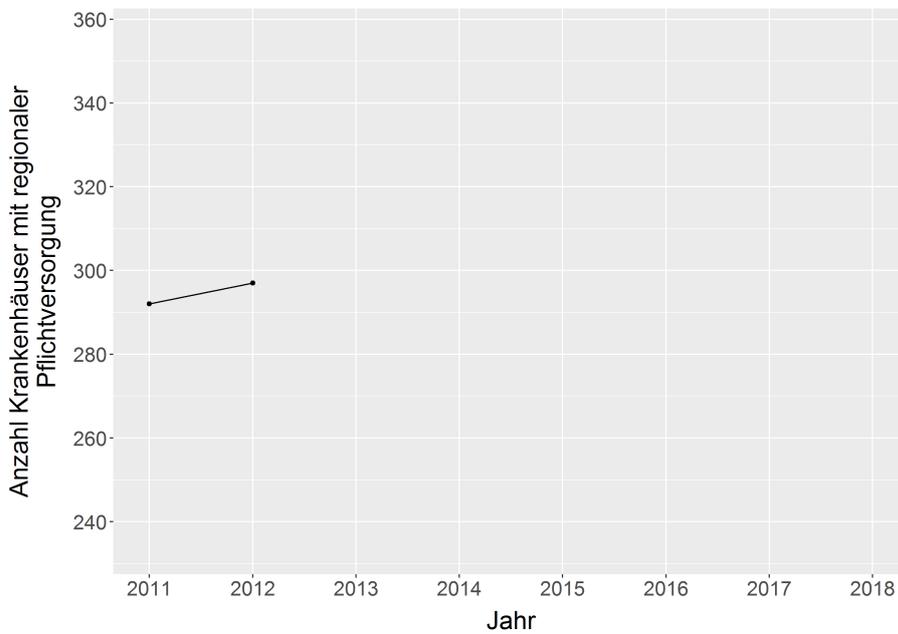
Außerdem wurde die Anzahl der Plätze in Krankenhäusern, die an der regionalen Pflichtversorgung teilnehmen bzw. nicht teilnehmen, für teilstationäre Plätze nach Bundesland getrennt betrachtet. Die höchsten absoluten Anstiege in 2011 und 2012 verzeichnen die Bundesländer Hessen (+164 Plätze) und Niedersachsen (+114 Plätze).

Abbildung 4.5 zeigt die Entwicklung der Anzahl der Krankenhäuser mit regionaler Pflichtversorgung von 2011 bis 2012. Im Jahr 2011 gab es 292 und im Jahr 2012 insgesamt 297 Krankenhäuser mit einer entsprechenden Verpflichtung. Es ist somit ein leichtes Wachstum (+1,7 Prozent) zu beobachten. Im selben Zeitraum ging die Anzahl von Krankenhäusern ohne regionale Versorgungsverpflichtung leicht zurück (293 auf 291 Krankenhäuser, -0,7 Prozent). Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=2001&criteria=Gesamt&tab=lineChart> abgerufen werden.



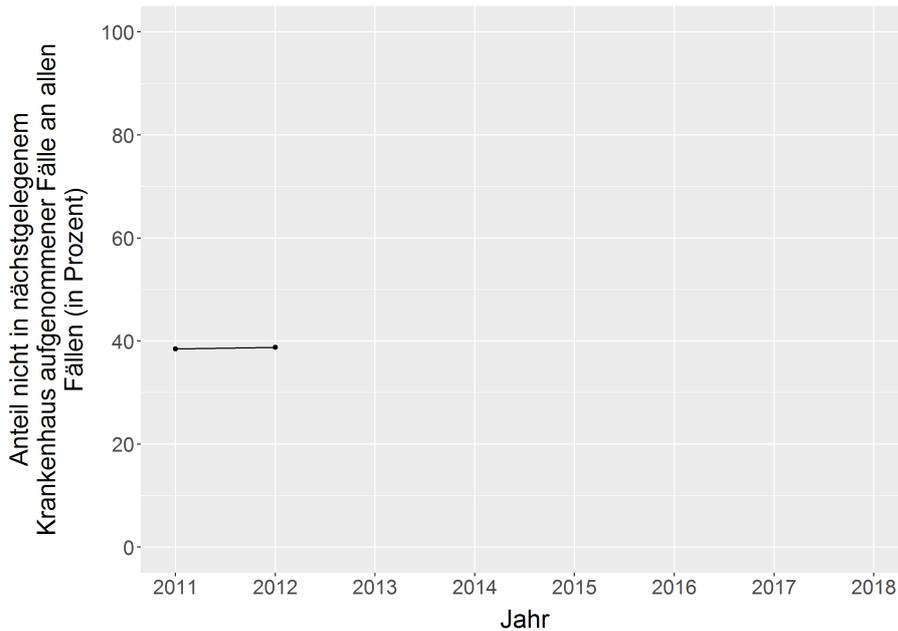
Datenquelle: Landesgesundheitsbehörden

Abbildung 4.4.: Anzahl Plätze in Krankenhäusern ohne regionale Pflichtversorgung (teilstationär)



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Abbildung 4.5.: Anzahl Krankenhäuser mit regionaler Pflichtversorgung



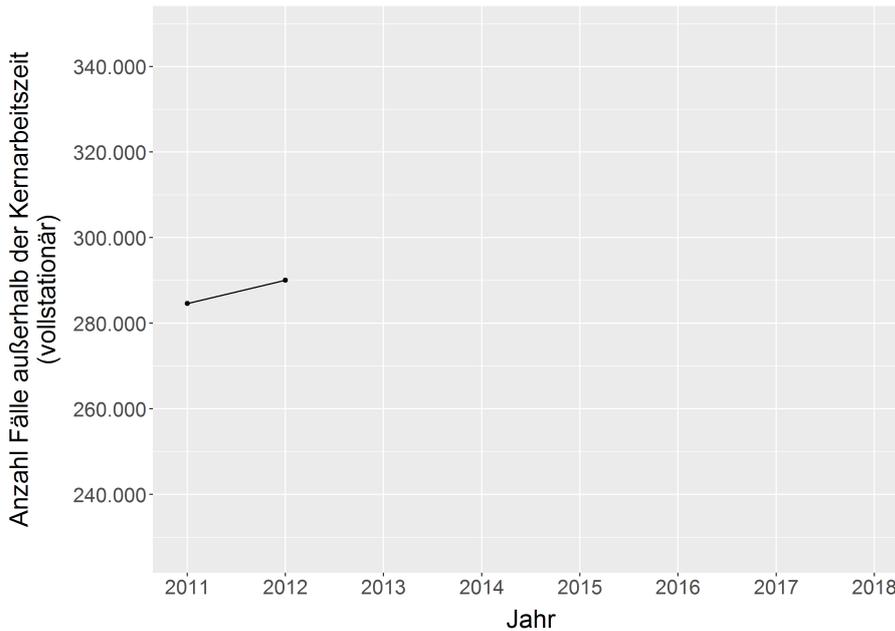
Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

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

Stationäre Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit (Montag bis Freitag, 08.00–17.00 Uhr) sowie die Wohnortnähe der PatientInnen sind Merkmale, die sowohl regional als auch zwischen Krankenhäusern variieren. Sie können somit genutzt werden, um den Zugang zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu beschreiben.

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. Um Ausreißer-Effekte zu vermeiden, wurden lediglich Krankenhäuser mit mindestens 50 Behandlungsfällen in der Psychiatrie berücksichtigt. Im Durchschnitt wurden in 2011 38,5 Prozent und im Jahr 2012 38,8 Prozent der Fälle in die geografisch nicht nächstgelegene Einrichtung aufgenommen. Diese Veränderung bedeutet einen Anstieg um 0,3 Prozentpunkte. In Schleswig-Holstein nahm dieser Anteil im o. g. Zeitraum allerdings um 38,9 Prozent zu, während Mecklenburg-Vorpommern im selben Zeitabschnitt einen Rückgang um 12,8 Prozent verzeichnete. Diese Kennzahlen können unter Umständen mit Faktoren wie z. B. Änderungen in der Landeskrankenhausplanung, Schließungen bzw. Zusammenlegungen 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://bfpsy.inek.org/#/?indicator=6202&criteria=Gesamt&tab=lineChart> abgerufen werden.

Abbildung 4.7 zeigt die Anzahl der Fälle, die außerhalb der Kernarbeitszeit vollstationär aufgenommen wurden. Im Jahr 2011 wurden 284613 und im Jahr 2012 290052 sol-

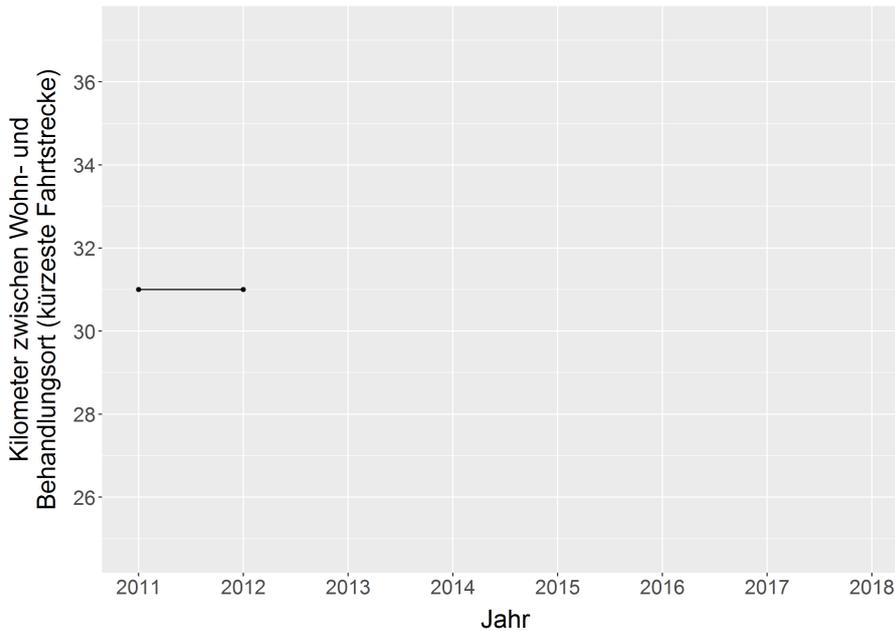


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Abbildung 4.7.: Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)

cher Fälle registriert (+5 439 Fälle bzw. +1,9 Prozent). Im Jahr 2012 ist - gegenüber 2011 - bei vollstationären Krankenhausfällen, die außerhalb der Kernarbeitszeit aufgenommen wurden, ein Anstieg um 1,9 Prozent zu beobachten. Dieser Trend fällt auf der Ebene der Bundesländer allerdings sehr unterschiedlich aus. So stiegen die Fallzahlen in Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen in dieser Zeit um 8,6 bzw. 6,3 Prozent an, während in Schleswig-Holstein und Hamburg ein Rückgang um 9,3 bzw. 6,4 Prozent beobachtet wurde. Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=2201&criteria=Gesamt&tab=lineChart> abgerufen werden.

Abbildung 4.8 beschreibt die Entwicklung der durchschnittlich zurückgelegten Entfernung (in Kilometern bei möglichst kurzer Fahrtstrecke) zwischen dem Wohn- und Behandlungsort im Zeitraum von 2011 bis 2012. Dementsprechend mussten in beiden Berichtsjahren jeweils durchschnittlich 31 km durch die PatientInnen zurückgelegt werden. Die zurückgelegte Entfernung hat sich gegenüber dem Jahr 2011 in 2012 also nicht verändert. Allerdings war die Schwankungsbreite zwischen den Bundesländern auch hier relativ groß: In Hessen und Berlin konnte eine Zunahme von 7,4 bzw. 6,2 Prozent beobachtet werden, während in Mecklenburg-Vorpommern oder Hamburg ein Rückgang von 4,7 bzw. 2,9 Prozent gemessen wurde. Die Entwicklung beider Indikatoren (Aufnahmen außerhalb der Kernarbeitszeit, Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort) korrelierte nicht mit der Einwohner- oder Arztdichte der jeweiligen Bundesländer. Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=6101&criteria=Gesamt&tab=lineChart> abgerufen werden.



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Abbildung 4.8.: Kilometer zwischen Wohn- und Behandlungsort (kürzeste Fahrtstrecke)

## 4.2. Diskussion

Die Ergebnisse der für den vorliegenden Forschungsauftrag durchgeführten Sekundärdatenanalysen im Vorzeitraum der PEPP-Einführung in Deutschland zeigen ein gemischtes Bild. Die Anzahl der Krankenhäuser mit einem regionalen Versorgungsauftrag ist im Beobachtungszeitraum moderat angestiegen, was auf eine verbesserte Versorgungsstruktur, und damit einen verbesserten Zugang zu Behandlungseinrichtungen, für psychiatrische PatientInnen hindeuten könnte. Trotz des leichten Anstiegs der Anzahl der Krankenhäuser mit regionalem Versorgungsauftrag (von 2011 auf 2012: 1,7 Prozent) ist nahezu keine Veränderung in der Anzahl vollstationärer Betten in psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen mit einem solchen Versorgungsauftrag (von 2011 auf 2012: +19 Betten) zu verzeichnen. Dies könnte als Hinweis gewertet werden, dass der beobachtete Anstieg der Anzahl der Krankenhäuser mit regionaler Pflichtversorgung eher auf Ungenauigkeiten in der Kodierung des Merkmals „regionaler Versorgungsauftrag“ zurückgeht und es sich damit um ein statistisches Artefakt handelt. Inwieweit sich die Entwicklung beider Indikatoren in den folgenden Datenjahren weiter fortsetzt, ist vor allem vor dem Hintergrund interessant, dass die regionale Pflichtversorgung in der Vergütungslogik des PEPP-Entgeltsystems derzeit keine explizite Berücksichtigung findet. Strukturelle Anpassungen werden sich ggf. im Laufe der folgenden Forschungszyklen zeigen.

Auch wird zu beachten sein, dass es große Unterschiede bezüglich des Merkmals „regionaler Versorgungsauftrag“ zwischen dem ländlichen und dem städtischen Raum gibt. Die Mehrheit der psychiatrischen stationären Einrichtungen auf dem Land hat einen regiona-

len Versorgungsauftrag, während dies in den Städten nicht zwangsläufig auf jedes größere Krankenhaus zutrifft. Aus diesem Grund wird die Entwicklung der beiden genannten Indikatoren stark davon beeinflusst werden, ob und wo neue Krankenhäuser entstehen oder gegebenenfalls bestehende geschlossen werden.

Parallel zur oben beschriebenen Entwicklung der Strukturen mit Versorgungsauftrag, hat sich die Anzahl der vollstationären Betten in PSYCH-Fachabteilungen von Krankenhäusern, die nicht an der regionalen Pflichtversorgung teilnehmen, um 3,3 Prozent erhöht. Dieser Anstieg ist vor dem Hintergrund, dass in Deutschland eher eine Abkehr von der stationären hin zur ambulanten Versorgung psychiatrischer PatientInnen angestrebt wird, zunächst überraschend. So besteht grundsätzlich ein breiter Konsens darüber, dass eine moderne, wohnortnahe Versorgung, die auch psychiatrische Institutsambulanzen beinhaltet, der stationären Behandlung in traditionellen großen psychiatrischen Kliniken in vielen Fällen vorzuziehen ist [15]. Die Entwicklung des Indikators folgt jedoch dem langfristigen Trend des Aufbaus von Kapazitäten in diesem Bereich der Versorgung. Nach Angaben der Eurostat hat die Zahl der psychiatrischen Betten je 100 000 Einwohner von 110,1 in 2007 bereits bis 2010 auf 117,9 zugenommen [28].

Ursächlich für den beobachteten Anstieg vollstationärer Betten in PSYCH-Fachabteilungen könnte z. B. der demografische Wandel und das damit verbundene Wachstum gerontopsychiatrischer Abteilungen sein. Gleiches gilt für den starken Anstieg der Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der im Vorzeitraum von 2008 bis 2010 laut Daten des Statistischen Bundesamtes 11,0 Prozent betrug und vermutlich ebenfalls Auswirkungen auf die Bettenzahlen hatte. Auch die Zunahme der Fälle in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik von 2008 bis 2010 um 19,2 Prozent könnte ein auslösender Faktor sein. Des Weiteren wäre denkbar, dass eine zunehmende Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen und damit eine steigende Nachfrage ein größeres Angebot in der stationären Psychiatrie erforderlich machen. Es ist jedoch auch möglich, dass dieser Anstieg der „gemessenen“ Prävalenz nur auf eine präzisere und bessere Diagnostik oder die verstärkte Kodierung (s. Kapitel 8) zurückzuführen ist.

Die Anzahl der psychiatrischen Betten in Deutschland ist auch relativ zu anderen europäischen Mitgliedsstaaten hoch. Lediglich Belgien, Malta, die Niederlande und Schweden halten mehr stationäre Kapazitäten (in Betten pro 100 000 Einwohner) vor [2].

Auffällig ist auch der Anstieg der teilstationären Plätze in PSYCH-Fachabteilungen von Krankenhäusern mit oder ohne regionalen Versorgungsauftrag (3,9 Prozent bzw. 2,7 Prozent). Dieser Anstieg könnte auf den allgemeinen Trend zur Gründung von Tageskliniken zurückzuführen sein [54]. Aus Perspektive von Krankenhäusern ist die Einrichtung von Tageskliniken aus zwei Gründen attraktiv: Zum einen ist der Unterschied zwischen der Vergütung eines tagesklinischen und eines vollstationären Aufenthalts vor dem Hintergrund, dass das Betreiben einer Tagesklinik mehr Flexibilität auf der Kostenseite ermöglicht (z. B. keine Vorhaltung von Personal zu Nachtzeiten), gering. Zum anderen kann der Ausbau teilstationärer Plätze auch darauf basieren, dass eine tagesklinische Aufnahme bei

leichteren Fällen gegenüber dem MDK besser zu rechtfertigen ist als eine vollstationäre Aufnahme.

Es ist möglich dass bereits der in den Jahren 2011 und 2012 zu verzeichnende Anstieg der teilstationären Plätze eine strategische Maßnahme in Vorbereitung der zu diesem Zeitpunkt zeitlich früher angekündigten PEPP-Einführung ist. Dies ist jedoch auf Basis der vorliegenden deskriptiven Analyse nicht kausal feststellbar. Inwieweit sich hier ein dauerhafter Trend zeigt, ist im weiteren Verlauf der Begleitforschung festzustellen.

Sowohl der Indikator „Anteil nicht in nächstgelegenen Krankenhaus aufgenommenen Fälle an allen Fällen (in Prozent)“ als auch der Indikator „Kilometer zwischen Wohn- und Behandlungsort (kürzeste Fahrtstrecke)“ lassen Rückschlüsse darauf zu, ob eine wohnortnahe Versorgung stattfand. Diese ist für eine enge sektorenübergreifende Zusammenarbeit entscheidend. Ambulante Nachsorge ist aus Sicht des behandelnden Arztes 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, was in einer Einschränkung des Zugangs zur Versorgung resultieren könnte. Zudem ist eine wohnortfremde Unterbringung aus PatientInnensicht auch deshalb schwierig, weil Angehörigenbesuch schwieriger zu organisieren ist.

Beide Indikatoren zur wohnortnahen Versorgung haben sich zwar auf Bundesebene kaum bzw. nicht verändert, weisen jedoch starke regionale Schwankungen zwischen den Bundesländern auf. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass gravierende regionale Unterschiede im Anteil der PatientInnen, die zum nächstgelegenen Krankenhaus fahren, bestehen. Während auf dem Land in zumutbarer Erreichbarkeit häufig nur ein psychiatrisches Krankenhaus verfügbar ist, gibt es in Metropolregionen und Städten mehrere potenzielle Anlaufstellen für PatientInnen. Hier kann die Möglichkeit bestehen, eine Einrichtung gemäß den Präferenzen der PatientInnen aufzusuchen.

Zur Interpretation der Veränderungen bei der wohnortnahen Versorgung wäre es zudem im weiteren Verlauf der Begleitforschung (1. Forschungszyklus) wünschenswert, den Anteil der PatientInnen, die nicht in die nächstgelegene Einrichtung aufgenommen werden, nach der Aufnahme in einer psychosomatischen oder psychiatrischen Einrichtung zu differenzieren. Im Bereich der Psychosomatik sind Kliniken häufig in ländlichen Regionen gelegen. Hier nehmen PatientInnen durchaus freiwillig längere Fahrtwege auf sich, um in einer ruhigen Atmosphäre behandelt zu werden.

Der Anteil der Fälle in der Psychosomatik bzw. Psychotherapeutischen Medizin ist im Beobachtungszeitraum um 6,2 Prozentpunkte gestiegen, während sich der Anteil der Fälle in der Psychiatrie und Psychotherapie von 2011 auf 2012 nur um 1,8 Prozentpunkte erhöht hat [7]. Daher könnte ein Anstieg des Anteils an PatientInnen, die nicht in der nächstge-

legenen Einrichtung behandelt werden, nicht zwangsläufig als Einschränkung im Zugang zur Versorgung zu werten sein.

Der Indikator „Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)“ kann als Operationalisierung für Notfälle angesehen werden. Der moderate Anstieg der Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (+1,9 Prozent) im Zeitraum vor Einführung von PEPP könnte z. B. ein Anzeichen für Probleme in der Organisation der ambulanten psychiatrischen Versorgung sein. In Deutschland sind pro 100 000 Einwohner 1,4 ambulante Einrichtungen verfügbar. Im europäischen Vergleich mit den 26 anderen Mitgliedsstaaten halten lediglich Belgien, Bulgarien, Finnland, Portugal und Rumänien weniger ambulante Kapazitäten in der Versorgung psychisch Kranker vor [2]. Andererseits ist im selben Zeitraum auch in der somatischen Versorgung der generelle Trend einer Zunahme von Notfällen zu beobachten. Der Anteil der Notfälle an allen somatischen Fällen erhöhte sich nach charakteristischer Definition von 2007 bis 2012 von 39,0 Prozent auf 39,8 Prozent. Gemäß administrativer Definition erhöhte sich dieser Anteil im selben Zeitraum sogar von 35,9 auf 41,4 Prozent [52].

Hinsichtlich der oben getätigten Aussagen und Interpretationen ist jedoch zu bedenken, dass diese vor dem Hintergrund der lediglich auf zwei Datenpunkte beruhenden Analysen erstellt wurden. Insofern ist eine detaillierte Beobachtung und differenzierte Analyse der Zugangs-Indikatoren ein wichtiger Bestandteil der folgenden Forschungszyklen.

## 5. Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Folgendes Kapitel beschreibt strukturelle Anpassungsprozesse in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Da Krankenhäuser Erträge aus dem operativen Geschäft für (infra)- strukturelle Investitionen verwenden können, kann die Einführung des PEPP-Entgeltsystems auch zu Veränderungen in der Angebotsstruktur führen, z. B. zu einer Verdichtung der Versorgungsleistung. Im Rahmen des Kapitels werden jedoch nicht nur Änderungen in den unmittelbar stationären Strukturen sondern auch mögliche Effekte auf die Struktur nachgelagerter Leistungserbringung untersucht. Die in Folge der PEPP-Einführung entstehenden Vergütungsänderungen setzen 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.

Eine Spezialisierung von Krankenhäusern auf bestimmte Behandlungsbereiche und Krankheitsbilder, verbunden mit einer Anpassung von Kapazitäten und dem Aufbau von Know-how, stellt eine mögliche Anpassung der Versorgungsstrukturen dar. Spezialisierung, insbesondere z. B. die Verdichtung von Leistungen oder Leistungsbereichen, kann einen Einfluss auf die Behandlungsintensität und die Behandlungsqualität haben. In der Nullpunktmessung werden Änderungen im Angebotsspektrum psychiatrischer Krankenhäuser unter anderem durch die Entwicklung der Anzahl von Krankenhäusern mit Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) approximiert. Der ausgewählte Indikator „Anzahl Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen“ stellt somit die zeitliche Entwicklung der absoluten Häufigkeit der Krankenhäuser dar, die eine Psychiatrische Institutsambulanz betreiben und Versorgungsleistungen sowohl ambulant als auch stationär anbieten.

Zudem kann die Einführung von PEPP potenziell zu strukturellen Anpassungen oder Verlagerungen zwischen dem DRG- und dem PEPP-Entgeltbereich, insbesondere bei komorbiden PatientInnen, führen. Die Vergütungssysteme im DRG- und im PEPP-Entgeltsystem unterscheiden sich, bedingt durch die sich nicht ausschließenden, jedoch deutlich voneinander abweichenden Anforderungen an die Versorgung somatischer bzw. psychiatrischer und psychosomatischer PatientInnen, grundsätzlich. Da Morbidität jedoch sowohl somatischer als auch psychosomatischer Natur sein kann, ist die Zuordnung von PatientInnen zum DRG- oder PEPP-Entgeltbereich nicht immer eindeutig und könnte sowohl von medizinischen als auch von ökonomischen Faktoren beeinflusst werden. Auch wenn die Zuordnung zu einem Entgeltbereich letztendlich durch die Zugehörigkeit der behandelnden Abteilung eines Krankenhauses zu einem Entgeltsystem bestimmt ist, 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 absoluten Häufigkeit von im DRG-Entgeltbereich abgerechneten PatientInnen mit u.a. psychischen Komorbiditäten dar.

Auch für Rehabilitationseinrichtungen ändern sich durch die Einführung des PEPP-Entgeltsystems die ökonomischen Anreize für das Betreiben von Fachabteilungen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Da mögliche strukturelle Anpassungen vor dem Hintergrund der Sicherstellung einer umfassenden und ausreichenden Versorgung im Rehabilitationssektor verfolgt und analysiert werden sollten, messen die Indikatoren „Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie)“ bzw. „Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik)“ die Entwicklung der Häufigkeiten der jeweiligen Fachabteilungen im Zeitverlauf.

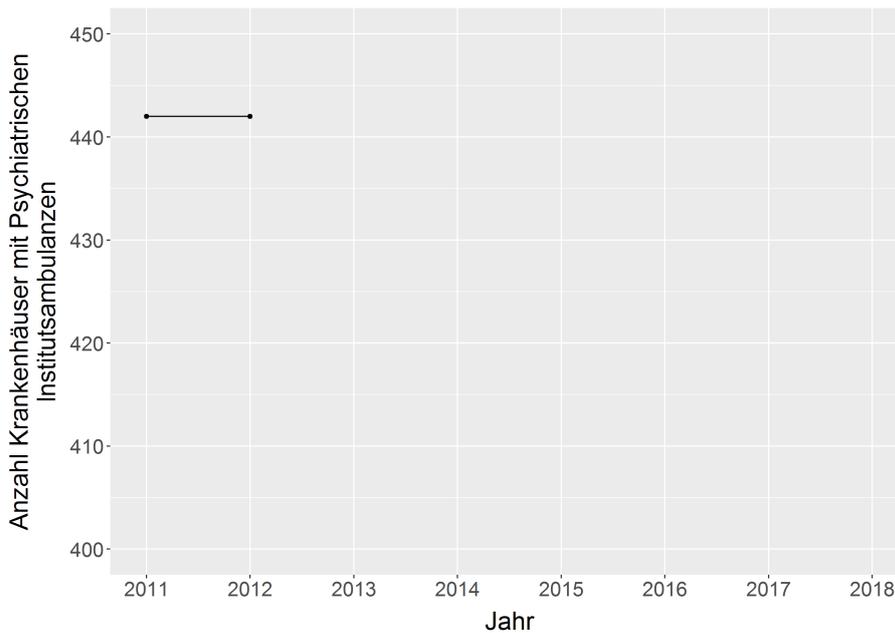
Ergänzend wird auch der Indikator „Ausgaben für Soziotherapie (in Euro)“, der den Umfang der erbrachten Versorgungsleistungen innerhalb der Soziotherapie anhand der dafür abgerechneten Kosten misst, betrachtet. Soziotherapie ist eine ambulante Therapie, die schwer psychisch Kranken hilft, ärztliche oder 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.

In den nachfolgenden Unterkapiteln wird eine empirische Untersuchung auf Basis von aggregierten Leistungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland (Datengrundlage gemäß § 21 KHEntgG), Daten des Statistischen Bundesamtes, GKV-Routinedaten als auch der KJ1-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit vorgenommen. Im Fokus stehen hierbei die Datenjahre 2011–2012 vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems.

## **5.1. Versorgungs- und Leistungsstrukturen des stationären Sektors**

### **Deskriptive Analyse der Sekundärdaten**

Abbildung 5.1 zeigt die Anzahl der Krankenhäuser mit psychiatrischen Institutsambulanzen für die Jahre 2011 und 2012. Die Anzahl lag in diesem Zeitraum auf Bundesebene unverändert bei 442. Da die gesamte Anzahl der Referenzkrankenhäuser im fraglichen Zeitraum allerdings gestiegen ist (s. z. B. Abbildung 4.5 für Krankenhäuser mit regionaler Pflichtversorgung), ist ein leichter Rückgang beim Anteil der PIA-Häuser von 75,6 in 2011 auf 75,2 Prozent in 2012 (–0,4 Prozentpunkte) zu verzeichnen. Relativ große Unterschiede wurden allerdings auf Ebene der Bundesländer (Saarland: –9,7 Prozentpunkte, Schleswig-Holstein: +4,2 Prozentpunkte) und bei einer differenzierten Betrachtung von Krankenhäusern verschiedener Bettengrößenklassen (400 bis 499 Betten: –5,6 Prozentpunkte, 150 bis



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Abbildung 5.1.: Anzahl Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen

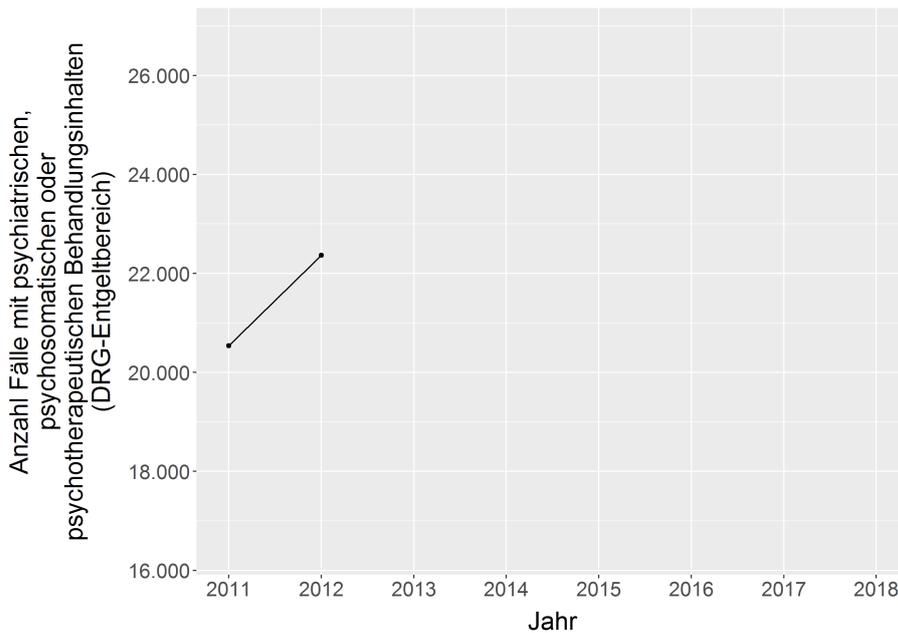
199 Betten: +2,0 Prozentpunkte) beobachtet. Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 erlaubt den interessierten LeserInnen weitere detaillierte deskriptive Analysen zu diesem Indikator unter <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=601&criteria=Gesamt&tab=lineChart>.

## 5.2. Verschiebung zwischen DRG und PEPP

### Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

Abbildung 5.2 zeigt die Anzahl der Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten, für die DRG-Entgelte<sup>5</sup> abgerechnet wurden, im Zeitraum von 2011 bis 2012. Die Zahl dieser Fälle stieg im fraglichen Zeitraum von 20 538 auf 22 366. Dies entspricht einer Zunahme um 1 828 Fälle bzw. um 8,9 Prozent. Im Vergleich waren auf Bundeslandebene erhebliche Unterschiede festzustellen. So stieg die Anzahl der maßgeblichen Fälle in Mecklenburg-Vorpommern im fraglichen Zeitraum um 44,2 Prozent, während in Hamburg ein Rückgang um 15,6 Prozent zu beobachten war. Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=801&criteria=Gesamt&tab=lineChart> abgerufen werden.

<sup>5</sup>B46Z - Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems; U40Z - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen; U41Z - Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen; U42Z - Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen; U43Z - Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre; V40Z - Qualifizierter Entzug.



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Abbildung 5.2.: Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich)

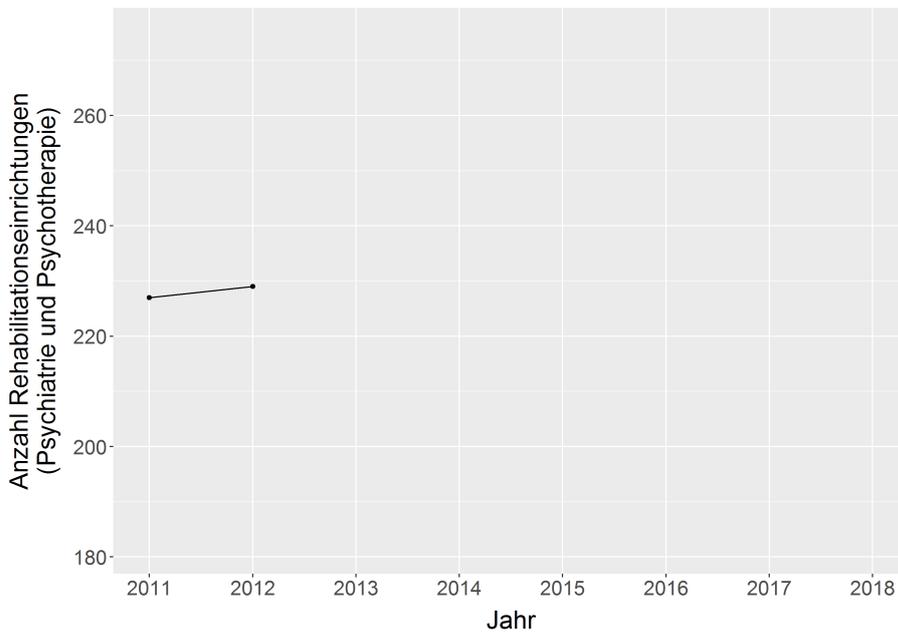
### 5.3. Reha, Krankenpflege und Soziotherapie

#### Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

Die Anzahl von Rehabilitationseinrichtungen mit der Fachabteilung „Psychiatrie und Psychotherapie“ erhöhte sich leicht von 227 Einrichtungen im Jahr 2011 auf 229 Einrichtungen im Jahr 2012 (+0,9 Prozent), s. Abbildung 5.3). Die Anzahl der Betten, die in diesen Fachabteilungen aufgestellt waren, nahm zwischen 2011 und 2012 um 1,7 Prozent zu. Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 erlaubt den interessierten LeserInnen weitere detaillierte beschreibende Analysen zu diesem Indikator unter <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=6501&criteria=Gesamt&tab=lineChart>.

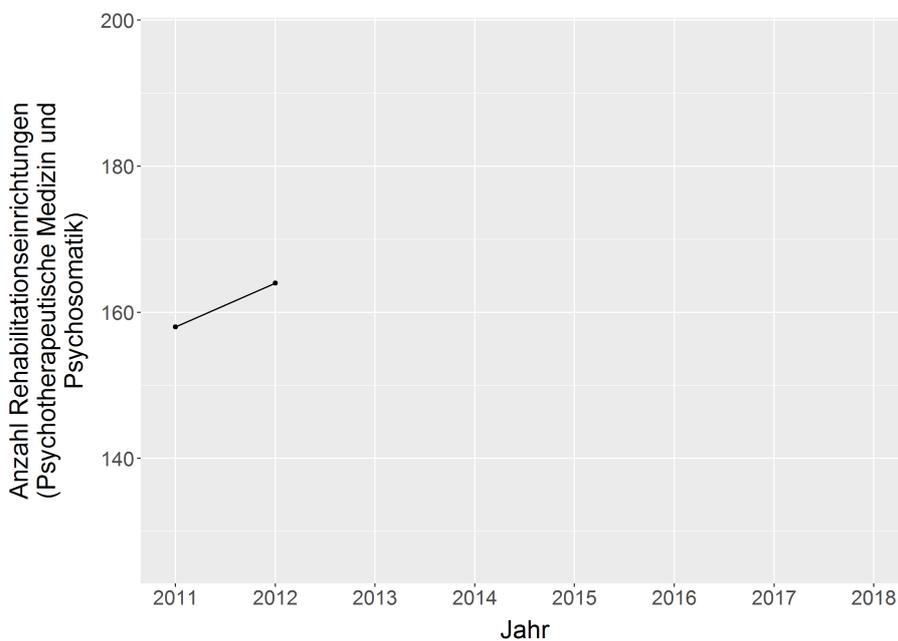
Abbildung 5.4 zeigt die Entwicklung der Anzahl der Rehabilitationseinrichtungen mit einer Fachabteilung „Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik“ von 2011 bis 2012. Die Anzahl der Einrichtungen erhöhte sich von 158 im Jahr 2011 um sechs Einrichtungen auf 164 im Jahr 2012 (+3,8 Prozent). Die Anzahl der Betten, die in diesen Fachabteilungen aufgestellt waren, nahm zwischen 2011 und 2012 um 4,9 Prozent zu. Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 erlaubt den interessierten LeserInnen weitere detaillierte beschreibende Analysen zu diesem Indikator unter <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=6504&criteria=Gesamt&tab=lineChart>.

Die Ausgaben für Soziotherapie stiegen bundesweit von 3 210 548 Euro im Jahr 2011 um 213 348 Euro auf 3 423 896 Euro an. Dies entspricht einem Anstieg von 6,6 Prozent. Die Abbildung 5.5 stellt diesen Anstieg grafisch dar. Ergänzend zur Abbildung 5.5 zeigt die



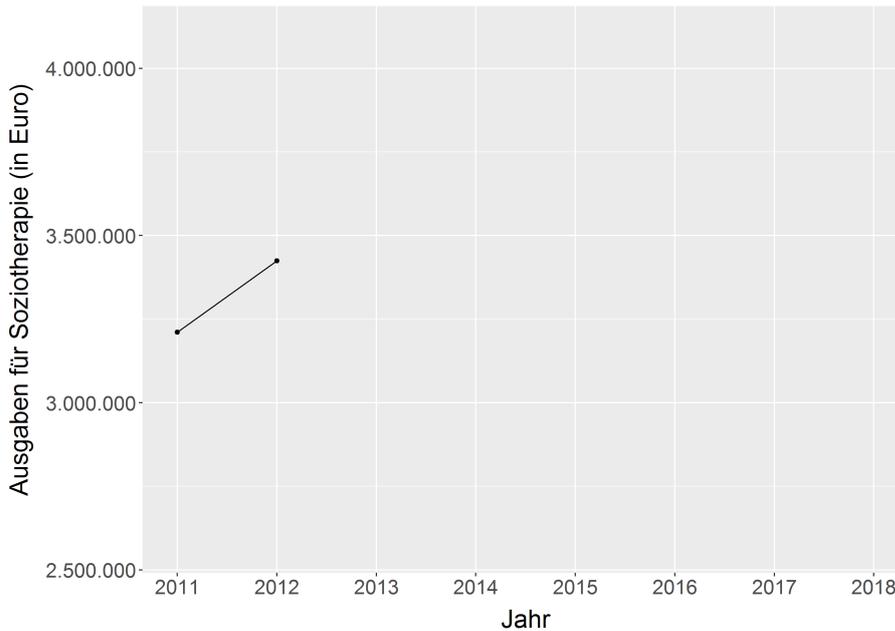
Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Fachserie 12 Reihe 6.1.2

Abbildung 5.3.: Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie)



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Fachserie 12 Reihe 6.1.2

Abbildung 5.4.: Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik)



Datenquelle: BMG, Daten der KJ1-Statistik

Abbildung 5.5.: Ausgaben für Soziotherapie (in Euro)

Tabelle C.6 den entsprechenden Mittelwert der Ausgaben für Soziotherapie in Höhe von 3 317 222 Euro. Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 erlaubt den interessierten LeserInnen weitere detaillierte beschreibende Analysen zu diesem Indikator unter <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=7201&criteria=Gesamt&tab=lineChart>.

## 5.4. Komplementäre und ambulante Versorgung

Die für dieses Unterkapitel vorgesehenen Daten standen zum Zeitpunkt der Berichterstellung nicht zur Auswertung zur Verfügung.

## 5.5. Diskussion

Die Ergebnisse der für den vorliegenden Forschungsauftrag durchgeführten Datenanalysen zeigen im Allgemeinen, dass die stationären Versorgungsstrukturen im Vorzeitraum der PEPP-Einführung in Deutschland relativ stabil blieben. Dies trifft z. B. auf die Anzahl der Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Institutsambulanz zu, obwohl man aus klinischer Sicht hier eine Steigerung erwarten würde. Eine mögliche Erklärung für die unerwartete Entwicklung des Indikators liegt im Risiko einer fehlenden Datenübermittlung bei Einrichtungen, die erst seit Kurzem eine psychiatrische Institutsambulanz betreiben. Psychiatrische Institutsambulanzen können jedoch auch in Kooperation mit Tageskliniken oder sogar eigenständig hiervon existieren. Davon ausgehend, dass die tatsächliche

Gesamtanzahl der psychiatrischen Institutsambulanzen im Berichtszeitraum zugenommen hat, kann der Zuwachs an psychiatrischen Institutsambulanzen von 2011 auf 2012 auch abseits von psychiatrischen Krankenhäusern erfolgt sein. Ein Indiz hierfür könnte sein, dass das Ärzteblatt für 2010 bundesweit bereits von mehr als 491 Institutsambulanzen in der Erwachsenenpsychiatrie und von mehr als 186 Institutsambulanzen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgeht [48]. Die genannte Gesamtzahl von 677 Institutsambulanzen übersteigt die von uns gemessene Zahl von 447 der psychiatrischen Institutsambulanzen an Krankenhäusern für das Jahr 2011 bereits deutlich. Inwieweit die Einführung des PEPP-Systems den Trend zur Einrichtung von psychiatrischen Institutsambulanzen auch auf die Krankenhäuser überträgt bzw. verstärkt, bleibt abzuwarten. Vor dem Hintergrund der flexibleren Kostenstrukturen von Institutsambulanzen im Vergleich zu regulären stationären Fachabteilungen ist eine derartige Entwicklung jedoch zu erwarten.

Bei der Anzahl der Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten im DRG-Entgeltbereich hat es hingegen im Beobachtungszeitraum eine deutliche Zunahme um 8,9 Prozent gegeben. Diese empirische Entwicklung spricht aus klinischer Perspektive zunächst vor allem für eine erhöhte Sensibilisierung der primär somatisch praktizierenden Ärzte für psychische Erkrankungen bzw. Komorbiditäten und in deren Folge für eine häufigere Kodierung derselben. Ein Teil der Entwicklung lässt sich jedoch auch durch den generellen Anstieg der stationären Fälle im DRG-Entgeltbereich um 1,5 Prozent von 2011 auf 2012 erklären [9].

Des Weiteren könnte hier die demografische Entwicklung eine wichtige Rolle spielen. Insbesondere bei älteren PatientInnen, vor allem auf geriatrischen Stationen, deren stationärer Aufenthalt somatisch bedingt ist, sind psychische Nebendiagnosen (z. B. Demenz) immer häufiger zutreffend. Zudem sorgen Spezialisierungstendenzen in Krankenhäusern, die z. B. für geriatrische PatientInnen beobachtbar sind, für eine zielgruppenadäquatere Diagnostik und Behandlung und können somit ebenfalls zu einer häufigeren Kodierung von psychischen Nebendiagnosen beitragen. Zum Beispiel hat im betrachteten Zeitraum die Anzahl an geriatrischen Betten von 16,1 je 100 000 Einwohner (2011) auf 16,7 je 100 000 Einwohner (2012) zugenommen [31].

Zudem ist die Verfügbarkeit von Plätzen in psychiatrischen Fachabteilungen für die Belegungswahl entscheidend. Stationäre Fälle mit psychiatrischem Behandlungsbedarf müssen bei fehlender bzw. voll ausgelasteter Versorgungsstruktur auf somatischen Abteilungen versorgt werden. Dies ist insbesondere bei „Kurzliegern“ mit einer Verweildauer von sehr wenigen Tagen, z. B. aufgrund eines akuten Alkoholrausches, die sowohl in einer psychiatrischen als auch in einer somatischen Station behandelt werden können und damit bis zu einem gewissen Grade als substituierbar gelten, entscheidend. Tatsächlich haben sich die bereits hohen Nutzungsgrade in den PSYCH-Fachabteilungen im Berichtszeitraum tendenziell noch erhöht (s. Abbildung 6.2). Auch hieraus könnte sich eine Zunahme von psychischen Nebendiagnosen im DRG-Entgeltbereich ergeben haben.

Die Zunahme der Anzahl an Rehabilitationseinrichtungen mit Fachabteilung „Psychiatrie und Psychotherapie“ oder mit Fachabteilung „Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik“ erscheint vor dem Hintergrund der langfristigen Anpassungen der Kapazitäten in der Rehabilitation schlüssig, da der Versorgungsaufwand in der Rehabilitation immer stärker durch psychiatrische Behandlungsinhalte geprägt wird. Die Anzahl der Rehabilitationseinrichtungen mit einer Fachabteilung „Psychiatrie und Psychotherapie“ bzw. mit einer Fachabteilung „Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik“ nahm laut den Daten des Statistischen Bundesamtes bereits von 2008 auf 2010 von 213 bzw. 133 auf 223 bzw. 146 zu und erreichte 2012 220 bzw. 164 Fachabteilungen [8]. Die Entwicklung folgt somit einem langfristigen Trend.

Auch der Anstieg der Ausgaben für Soziotherapie überrascht aus klinischer Perspektive nicht, obwohl bereits bezüglich des Niveaus des Indikators festzustellen ist, dass die Soziotherapie, für die Ärzte für eine Verordnung einen Antrag bei der KV stellen müssen, in der klinischen Praxis eher eine untergeordnete Rolle spielt. Dies liegt zum einen daran, dass die ambulante Versorgung in Form einer Soziotherapie relativ unbekannt ist und sich früher mit Angeboten von psychiatrischen Institutsambulanzen zum Teil ausschloss. Daneben waren die auf die Notwendigkeit einer Soziotherapie hindeutenden Z-Diagnosen bisher nicht Bestandteil der üblichen Kodierpraxis. Ein möglicher Erklärungsansatz für den Anstieg der Ausgaben, neben dem generellen Trend der Kostensteigerungen, könnte auch eine Verkürzung der Verweildauer sein, die ggf. eine häufigere Verordnung einer Soziotherapie erfordert. Der zugehörige Indikator, mittlere Verweildauer, zeigt in der durch das Datenniveau vorgegebenen aggregierten Betrachtung von 2011 bis 2012 insgesamt eine Abnahme um 0,2 Tage und eine Reduktion der mittleren Verweildauer innerhalb des obersten Quartils um 1,0 Tage.

Grundsätzlich ist aus den diskutierten Indikatoren festzustellen, dass eine langfristige Anpassung der Versorgungsstrukturen an einen über die Zeit gestiegenen Bedarf stattfindet. In der Folge ändern sich – auch ohne Einflüsse von PEPP – im Zeitverlauf generell die Strukturen der psychiatrischen Versorgung. Auch ist festzustellen, dass sich die Anpassungsgeschwindigkeit unterscheidet: Indikatoren zu leichter anzupassenden Strukturen, z. B. die Anzahl der Institutsambulanzen und die Anzahl der Fachabteilungen, ändern sich schneller als schwerer anzupassende Strukturen, wie z. B. die Anzahl der stationären Einrichtungen. Vor dieser Entwicklung treten Verlagerungseffekte zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung vermutlich in den Hintergrund.

Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen des vorliegenden Berichts lediglich zwei Datenpunkte untersucht wurden. Die Ergebnisse lassen damit abschließend keine belastbare Ableitung einer Verschiebung zwischen den Sektoren oder zwischen verschiedenen Versorgungsintensitäten (z. B. Pflegeheimen, häusliche Pflege) zu.

## 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 tagesgleichen Pflegesätzen größer werden, setzt das Entgeltsystem u. U. einen Anreiz zur Fallsteigerung bei dieser Art von PatientInnen.<sup>6</sup> So wurde z. B. in Deutschland im Zusammenhang mit der Einführung des DRG-Entgeltsystems eine Anpassung des Aufnahmeverhaltens bei Krankenhäusern registriert [52]. Eine Veränderung von Fallzahlen kann aber auch andere Gründe aufweisen.

Eine Veränderung von Fallzahlen kann verschiedene Ursachen haben. Erstens, können Änderungen in den medizinischen Behandlungsmethoden, z. B. medizinisch-technische Innovationen, eine Veränderung der Fallzahlen bewirken. Zweitens setzt die Einführung des PEPP-Entgeltsystems finanzielle Anreize, die Inanspruchnahme von stationären Krankenhausleistungen zu verändern. Eine Veränderung der Fallzahl könnte damit durch ein verändertes Angebot von Krankenhausleistungen verursacht werden. Steigt z. B. der aus Krankenhaussicht individuelle Deckungsbeitrag von bestimmten Krankenhausleistungen, könnte die Erbringung dieser Leistungen ansteigen. Drittens kann eine Veränderung der tatsächlichen beobachteten Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen auf eine veränderte Nachfrage nach Krankenhausleistungen zurückzuführen sein. Die allgemein ansteigende Bevölkerungszahl sowie die zunehmende Bereitschaft psychisch Kranker, aktiv 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

---

<sup>6</sup>Zusätzlich könnte der Anreiz zur Fallsteigerung ausgehend von höheren durchschnittlichen Erlösen noch verstärkt werden, wenn die Kostendegression und die damit verbundenen Anreize zur Behandlungsverkürzung groß sind. Der Grund hierfür ist, dass Krankenhäuser ihren Gesamterlös weiter steigern können, sofern sie - bei gegebenen Ressourcen - mehrere, kürzer behandelte PatientInnen aufnehmen.

sein können.<sup>7</sup> Entsprechend den unterschiedlichen Vorschriften zur Fallzählweise ergibt sich, dass bei interner Verlegung von KHEntG nach BpflV- oder PEPP-System (und umgekehrt) jeweils ein neuer Fall entsteht. Vor dem Hintergrund dieser Vielzahl an möglichen Ursachen für Fallzahländerungen ist eine eingehende Analyse notwendig, um den jeweiligen Beitrag der Ursachen zu identifizieren.

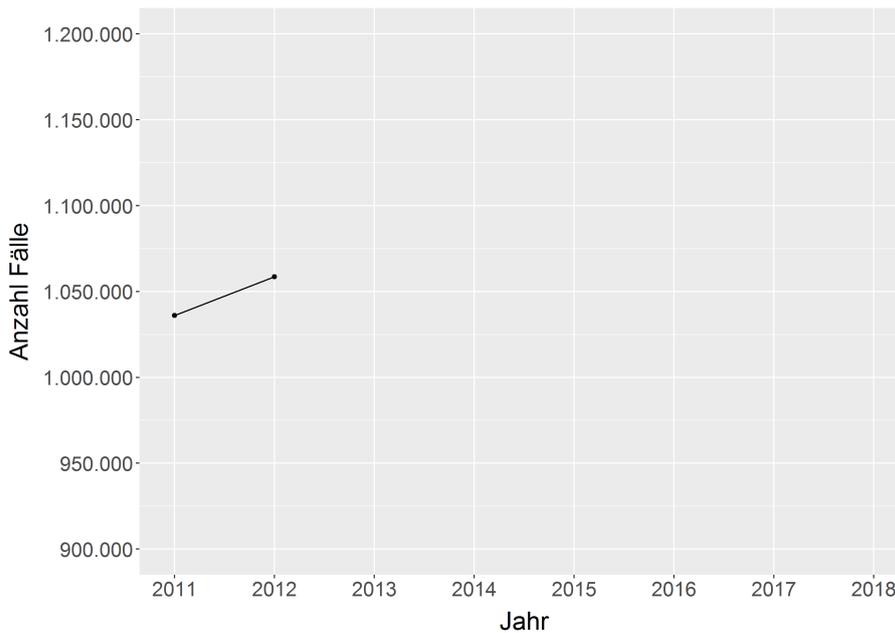
Der ausgewählte Indikator „Anzahl Fälle“ macht Veränderungen in der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen sichtbar. Die im Rahmen der Nullpunktmessung zur Verfügung stehenden aggregierten Daten erlauben dabei allerdings keine intertemporale Darstellung getrennt nach medizinischen Leistungsbereichen in Abhängigkeit von deren Erlösen. Aus diesem Grunde ist es in diesem Kapitel nicht möglich, die Entwicklung der Fallzahlen auf deren Ursachen zurückzuführen. Das heißt, es kann nicht beantwortet werden, ob etwaige Veränderungen in der Fallzahl auf eine veränderte Nachfrage nach Krankenhausleistungen, ein verändertes Angebot von Krankenhausleistungen oder Innovationen in der medizinischen Versorgung zurückzuführen sind.

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, integrierten Versorgungssystem. Zusätzlich könnten neue, integrierte Versorgungskonzepte zu einer Veränderung der Fallzahl führen, sodass eine Veränderung in der Entwicklung der Anzahl der Fälle (oder des Anteils an Betten mit Belegung an allen aufgestellten Betten) nicht notwendigerweise auf die Einführung des PEPP-Entgeltsystems zurückzuführen ist. Das nachfolgende Unterkapitel analysiert daher sowohl die Entwicklung der Anzahl der Fälle in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung als auch die Entwicklung des Anteils an Betten mit Belegung an allen aufgestellten Betten. Diese Analyse basiert auf Leistungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland (Datengrundlage gemäß § 21 KHEntgG), Daten des Statistischen Bundesamtes (Grunddaten der Krankenhäuser) sowie auf Befragungsdaten (Bundesamt für Justiz), die für die Begleitforschung erhoben wurden.

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. Allerdings bleibt bei den nachfolgend dargestellten deskrip-

---

<sup>7</sup>Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, richtet sich die Fallzählung nach § 8 der Fallpauschalenvereinbarung () des jeweiligen Berichtsjahres. Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der Bundespflegeverordnung mit Stand vom 31. Dezember 2012 (BpflV a. F.) fallen und das PEPP-Entgeltsystem noch nicht anwenden, richtet sich die Fallzählung nach der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) und der Anlage „E1 Aufstellung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für das Krankenhaus“ zur BpflV. Für Krankenhausbereiche, die das PEPP-System anwenden, richtet sich die Fallzählung nach § 1 Absatz 5 der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV).



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Abbildung 6.1.: Anzahl Fälle

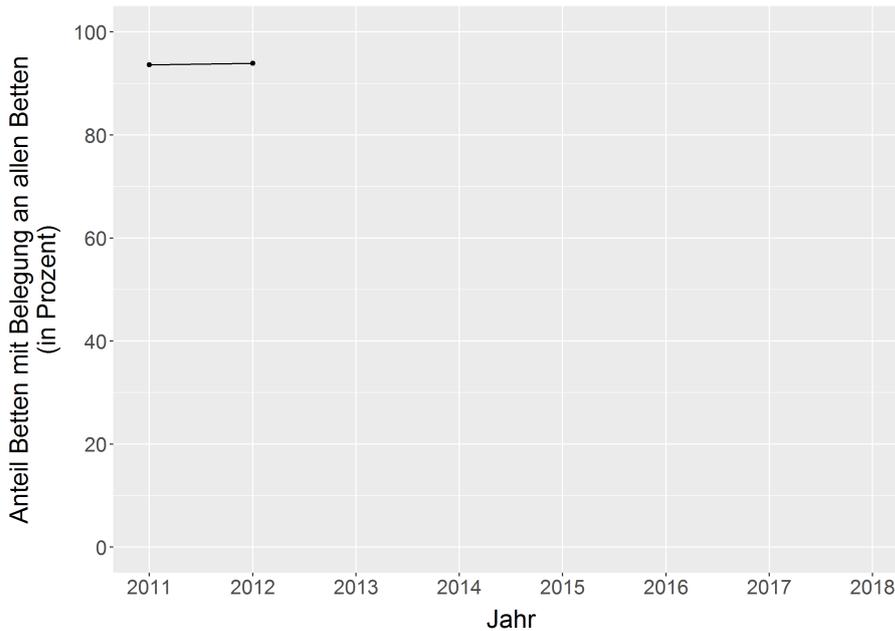
tiven Ergebnissen zur Bettenauslastung offen, welche Faktoren für etwaige Veränderungen in der Auslastung der Betten ursächlich sind.

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

## 6.1. Entwicklung der Fallzahlen

### Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

Abbildung 6.1 zeigt die Entwicklung der Fallzahl in der teil- und vollstationären Versorgung im PSYCH-Entgeltbereich von 2011 bis 2012. Diese betrug im Jahr 2011 1 036 012 (138 056 teil- bzw. 897 956 vollstationär) und im Jahr 2012 1 058 593 (146 632 teil- bzw. 911 961 vollstationär). Die insgesamt 22 581 zusätzlichen Fälle bedeuten einen Anstieg von 2,2 Prozent (6,2 bzw. 1,6 Prozent Wachstum bei den teil- bzw. vollstationären Fällen). In der Altersklasse der PatientInnen  $\geq 90$  Jahre (Altersklasse mit dem größten Fallzuwachs) nahm die Anzahl der Fälle von 6 873 Fällen im Jahr 2011 um 12,8 Prozent auf 7 755 Fälle im Jahr 2012 zu. Hingegen gingen die Fallzahlen in der Altersklasse der 65- bis



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1

Abbildung 6.2.: Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent)

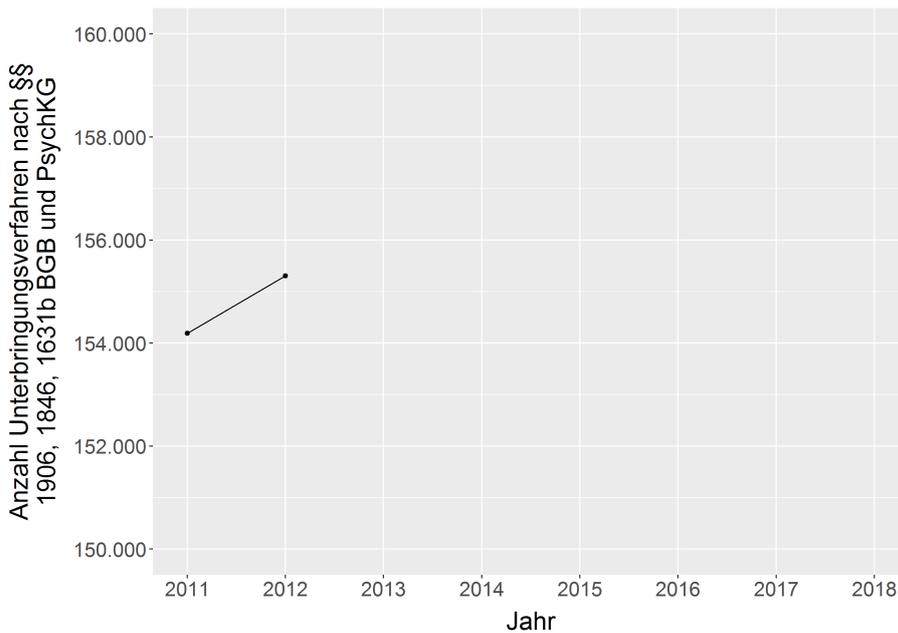
70-Jährigen im gleichen Zeitabschnitt um 4,1 Prozent zurück. Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=1401&criteria=Gesamt&tab=lineChart> abgerufen werden.

Abbildung 6.2 stellt die Entwicklung der Bettenauslastung von 2011 bis 2012 dar. Die Bettenauslastung berechnet sich dabei als Quotient der Summe der Berechnungs- und Belegungstage in Relation zum Produkt der aufgestellten Betten und der Anzahl der Kalendertage im Berichtsjahr eines Krankenhauses. Sie betrug im Jahr 2011 93,6 Prozent und im Jahr 2012 93,9 Prozent, was einer leichten Steigerung um 0,3 Prozentpunkte entspricht.

Im Vergleich dazu steigt die Bettenauslastung in der Vorperiode 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://bfpsy.inek.org/#/?indicator=1501&criteria=Gesamt&tab=lineChart> abgerufen werden.

Da eine gesetzliche Unterbringung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf Basis verschiedener rechtlicher Grundlagen eintreten kann, wird zwischen der zivilrechtlichen Unterbringung nach dem Betreuungsrecht (BGB) und der öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach den Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsgesetzen der Länder (PsychKG, UBG) unterschieden.<sup>8</sup> Die Ausgestaltung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung obliegt allein den Ländern [14]. Allen Ländern ist die Annahme einer Selbst- oder

<sup>8</sup>Anm.: Bei Nennung der Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) sind die Unterbringungsgesetze (UBG) der Länder gleichermaßen gemeint.



Datenquelle: Bundesamt für Justiz

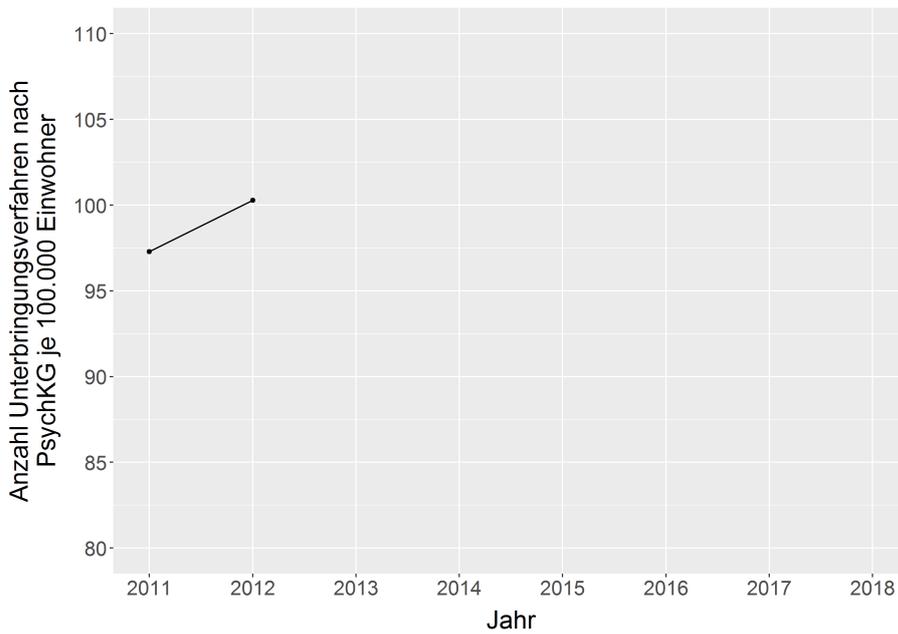
Abbildung 6.3.: Anzahl Unterbringungsverfahren nach §§ 1906, 1846 BGB und PsychKG

Fremdgefährdung aufgrund psychischer Krankheit als Voraussetzung für eine Unterbringung nach PsychKG gemein [13]. Die Rechtsgrundlage für eine Unterbringung nach dem Betreuungsrecht liefert § 1906 Abs. 1, 2, 3 und 5 BGB, für unterbringungsähnliche Maßnahmen § 1906 Abs. 4 BGB und für vorläufige Unterbringungen § 1846 BGB [49]. Bei der Unterbringung von Minderjährigen ist § 1631b BGB maßgeblich und es bedarf der Genehmigung des Familiengerichts. Für eine Unterbringung nach dem Betreuungsrecht ist ausschließlich die Annahme einer Selbstgefährdung als Voraussetzung gegeben [13].

Abbildung 6.3 zeigt die Entwicklung der Anzahl gesetzlicher Unterbringungsverfahren nach § 1906 Abs. 1 und 2 BGB, § 1846 BGB und PsychKG in Deutschland in den Jahren 2011 und 2012. Die Zahl der Unterbringungsverfahren betrug im Jahr 2011 154 187 und im Jahr 2012 155 307, was einen leichten Anstieg von 0,7 Prozent (1 120 Verfahren) darstellt.

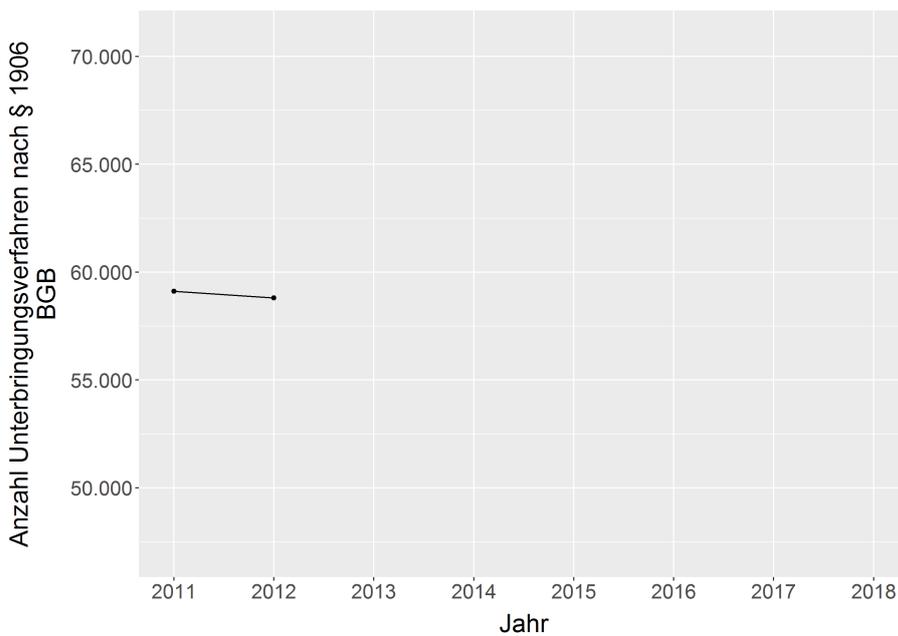
Gemessen an den Einwohnerzahlen ist insgesamt ein leichter Anstieg (+0,5 Prozent) an Unterbringungsverfahren auszumachen (von 192 auf 193 Verfahren pro 100 000 Einwohner). Die zivilrechtlichen Unterbringungsverfahren nach dem Betreuungsrecht sind leicht gesunken (von 74 auf 73 pro 100 000 Einwohner), während (wie in Abbildung 6.4 dargestellt) die öffentlich-rechtlichen Unterbringungsverfahren nach den Psychisch-Krankengesetzen der Länder einen leichten Anstieg erfahren haben (von 97 auf 100 pro 100 000 Einwohner). Gemessen an der Einwohnerzahl ist das ein Rückgang der zivilrechtlichen Unterbringungsverfahren um 0,7 Prozent gegenüber einem Anstieg der öffentlich-rechtlichen Unterbringungsverfahren um 3,1 Prozent.

Wie in den Abbildungen 6.5 und 6.6 dargestellt, sind im Rahmen der zivilrechtlichen Unterbringung im Jahr 2011 57 116 Unterbringungen von 59 111 Verfahren in Deutschland



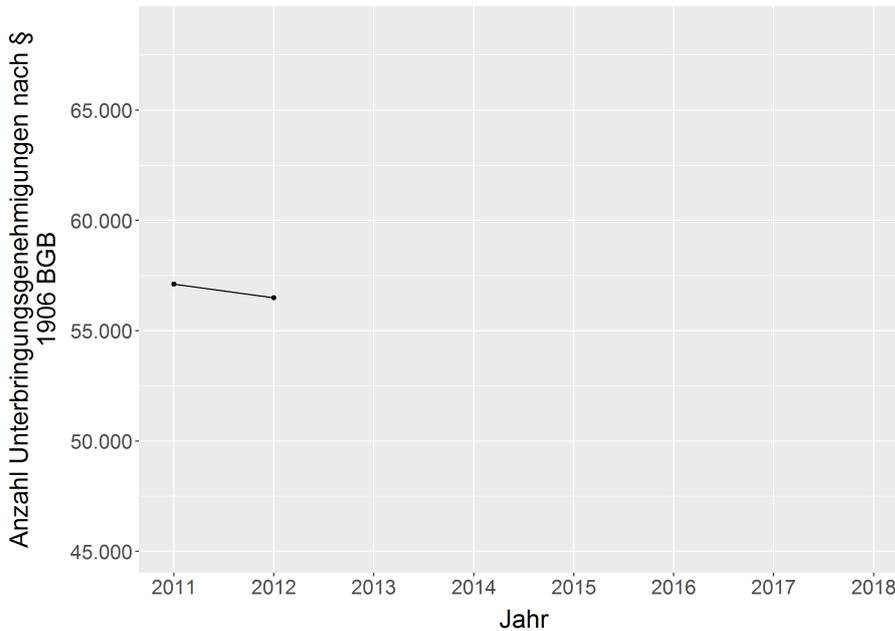
Datenquelle: Bundesamt für Justiz

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



Datenquelle: Bundesamt für Justiz

Abbildung 6.5.: Anzahl Unterbringungsverfahren nach § 1906 BGB



Datenquelle: Bundesamt für Justiz

Abbildung 6.6.: Anzahl Unterbringungsgenehmigungen nach § 1906 BGB

gem. § 1906 Abs. 1 und 2 BGB genehmigt worden (96,6 Prozent). Im Jahr 2012 waren es 56 490 genehmigte Unterbringungen von 58 813 Verfahren (96,1 Prozent). Gemessen an der Einwohnerzahl stellt dies einen Rückgang an Unterbringungsgenehmigungen um 1,3 Prozent (von 71 auf 70 pro 100 000 Einwohner) dar. Im Ländervergleich verzeichnen die Bundesländer Bayern (+10,4 Prozent) und Hamburg (+6,7 Prozent) die größten Anstiege an Unterbringungsgenehmigungen nach Betreuungsrecht, die Bundesländer Berlin (-15,0 Prozent) und Brandenburg (-16,0 Prozent) die größten Rückgänge bezogen auf 100 000 Einwohner.

Im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung verzeichnen im Ländervergleich die Bundesländer Bremen und Schleswig-Holstein sowohl 2011 als auch 2012 die meisten Unterbringungsverfahren nach PsychKG pro 100 000 Einwohner. Die größten Anstiege an Unterbringungsverfahren nach PsychKG pro 100 000 Einwohner verzeichnen die Bundesländer Sachsen-Anhalt (+24,0 Prozent) und Brandenburg (+19,8 Prozent); die größten Rückgänge verzeichnen die Bundesländer Berlin (-17,3 Prozent) und Niedersachsen (-3,8 Prozent).

Betrachtet man die Gesamtzahlen der Unterbringungsverfahren pro 100 000 Einwohner im Ländervergleich, so lässt sich feststellen, dass die Bundesländer Bayern und Schleswig-Holstein sowohl 2011 als auch 2012 die meisten Unterbringungsverfahren je 100 000 Einwohner verzeichnen. Brandenburg und Thüringen verzeichnen hingegen die geringste Anzahl pro 100 000 Einwohner. Die größten Anstiege zeigen die Bundesländer Sachsen-Anhalt (+17,9 Prozent) und Schleswig-Holstein (+11,8 Prozent); die größten Rückgänge zeigen die Bundesländer Berlin (-15,0 Prozent) und Saarland (-12,1 Prozent).

## 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 in 2012 gegenüber dem Vorjahr um 2,2 Prozent gestiegen ist. Es ist allerdings zu beachten, dass sich die Abrechnungsregeln (z. B. Abschläge, Fallzusammenführungsregeln) und auch der administrative Umgang mit Beurlaubungen (Unterbrechungen des stationären Aufenthalts) krankenhausindividuell verändert haben können.

Da parallel zum Anstieg der Fallzahlen die mittlere Verweildauer moderat gesunken ist (−0,2 Tage; s. Kapitel 7), können technische Vorgänge, wie z. B. geplante Wiederaufnahmen und das Fallsplitting, wahrscheinlich nicht als primäre Ursache für den Anstieg der Fallzahlen angeführt werden. Dies gilt umso mehr, da die Aufspaltung eines Falls in mehrere Fälle einen deutlich reduzierenden Effekt auf die mittlere Verweildauer haben sollte.

Unter Berücksichtigung der Daten des statistischen Bundesamtes ist eine Differenzierung der Fallzahl nach Versorgungsbereichen in die Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, (Erwachsenen-)Psychiatrie und –psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik möglich. Demnach stieg die Anzahl der Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von 2011 auf 2012 um 7,4 Prozent bzw. um 3 616 Fälle auf 52 591 Fälle, in der Psychiatrie und Psychotherapie um 1,8 Prozent bzw. 14 585 Fälle auf 830 204 Fälle und in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik um 6,2 Prozent bzw. 4 293 Fälle auf 73 735 Fälle. Diese Entwicklung folgt bereits einem Trend seit 2008. Die Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stiegen von 2008 bis 2011 um durchschnittlich 5,1 Prozent pro Jahr, in der Psychiatrie und Psychotherapie im Mittel um 1,5 Prozent und im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik um durchschnittlich 10,5 Prozent an. Unabhängig davon, wäre zur Interpretation der Entwicklung der Fallzahlen die gleichzeitige Betrachtung der Änderung der Anzahl der dazugehörigen Patienten notwendig.

Aus klinischer Perspektive ist für den Zeitraum nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems mit einer weiteren Zunahme der Fallzahl, u.a. durch die Zunahme von Fallsplittings, die mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems erwartet werden, zu rechnen. Unabhängig von der Richtung der Entwicklung der Fallzahl wird diese auch in den folgenden Forschungszyklen stets in Zusammenhang mit der mittleren Verweildauer zu interpretieren sein.

Die Veränderung der Bettenauslastung, die anhand des Indikators „Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent)“ gemessen wurde, kann als gering eingeschätzt werden. Sie liegt aus klinischer Perspektive durchaus innerhalb der normalen Schwankungsbreite für den Indikator, wenngleich auf einem hohen Niveau des Nutzungsgrades. Schließt man die Jahre 2008 bis 2010 in die Analyse mit ein, wird deutlich, dass die Entwicklung der

Bettenauslastung keinem Trend folgt. Die spezifische Lage von Feiertagen, insbesondere Weihnachten, könnte z.B. die beobachteten Veränderungen zwischen zwei Kalenderjahren auslösen. Ein Zusammenhang zwischen dem Rückgang der Bettenauslastung im Berichtszeitraum und der bevorstehenden Einführung des PEPP-Entgeltsystems kann auf Basis der vorliegenden Daten daher nicht identifiziert werden.

Bei den Statistiken zu den Betreuungsverfahren nach BGB ist zu berücksichtigen, dass sowohl Erwachsene mit psychischer Krankheit als auch mit körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung gleichermaßen impliziert sind [10]. Des Weiteren können die Unterbringungen in einer Psychiatrie oder in einer geschlossenen Abteilung einer Senioreneinrichtung erfolgt sein. Eine Differenzierung diesbezüglich sowie nach dem Geschlecht der Unterbrachten ist nicht möglich [14].

Die Zahlenreihe zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung stammt aus durchgeführten Verfahren gem. § 312 Nr. 3 FamFG, die in den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder geregelt sind. Sie lassen keine Rückschlüsse auf die genehmigten Verfahren bzw. die tatsächlich unterbrachten Menschen zu [6, 14]. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Daten eine gewisse Unschärfe aufweisen, da bspw. das Zusammenspiel der Bundes- und Ländergesetzgebung in den einzelnen Ländern variieren kann [? ].

Grundsätzlich sind bei der Interpretation der Indikatoren zu den Einweisungs- und Unterbringungsverfahren neben der PEPP-Einführung vor allem Veränderungen in der Gesetzeslage und Trends in der Rechtsprechung zu berücksichtigen. Im Jahr 2011 ergaben sich wesentliche Gesetzesänderungen hinsichtlich der medikamentösen Zwangsbehandlung im Rahmen einer Zwangseinweisung auf Bundesebene, die wiederum Gesetzesänderungen zu Zwangsunterbringungsverfahren in den Bundesländern nach sich zogen und – bedingt durch zeitlich auseinanderfallende Beschlüsse – zu einer erheblichen Heterogenität zwischen den Ländern führte.

Die Anzahl der Unterbringungsverfahren wird nicht nur durch die behandelnde Einrichtung selbst und die Form des vergütenden Systems, sondern auch durch die Gerichte und deren Rechtsprechung beeinflusst. Daher sind etwaige Schwankungen nach den Änderungen im Jahr 2011 auch Folge der Anpassung des Entscheidungsverhaltens der die Gesetzesänderungen interpretierenden Gerichte.

Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Unterbringungsverfahren auf Grundlage des § 1906 und § 1846 BGB (Bundesebene) und der Anzahl der Unterbringungsverfahren auf Grundlage des Psych-KG der Bundesländer. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass beide Indikatoren negativ zusammenhängen. D.h., die in Folge der Gesetzesänderungen beobachteten Änderungen der beiden Indikatoren sind nur sehr bedingt mit der bevorstehenden Einführung des PEPP-Entgeltsystems in Verbindung zu bringen.

Es sei auch erwähnt, dass die Aussagen auf Basis von lediglich zwei Datenpunkten erfolgen. Zudem sind Wechselwirkungen mit der Veränderung des Behandlungsspektrums (s. Kapitel 7) möglich.

## 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 [18]. Weitere Studien zeigen, dass Veränderungen in der Vergütung von Leistungen auch das Behandlungsspektrum, die Therapieform und die Krankenhausprozesse verändern können [1].

Die nachfolgenden Unterkapitel beschreiben daher vor allem die Veränderungen der Behandlung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Das Behandlungsspektrum eines Krankenhauses gibt die Diversität der angebotenen und durchgeführten Behandlungen an. Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems wird zu einer Vielzahl von Preisänderungen in der stationären Versorgung führen. Diese Preisänderungen können unter anderem einen Anreiz schaffen, das Behandlungsangebot eines Krankenhauses auszuweiten. Potenzielle Veränderungen in der vollstationären Versorgung sollen anhand des ausgewählten Indikators „Anzahl Behandlungstage“, der die absolute Häufigkeit der im PSYCH-Entgeltbereich abgerechneten Behandlungstage misst und im Zeitverlauf darstellt, identifiziert werden.

Therapien können hinsichtlich ihrer Form in Regel- und Intensivbehandlungen unterschieden werden. Gemäß Kodierrichtlinien ist eine Intensivbehandlung mit besonderen Sicherungsmaßnahmen verbunden [34]. 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. Qualität) als auch ökonomische (z. B. Kosten) Auswirkungen haben. Die ausgewählten Indikatoren „Anteil Behandlungstage mit Regelbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)“ bzw. „Anteil Behandlungstage mit Intensivbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)“ geben den Anteil der Tage mit Regel- bzw. Intensivbehandlung an allen vollstationären Behandlungstagen an. Dieser Indikator zeigt damit auf, ob der Anteil an Intensivbehandlungen zu- oder abgenommen hat.

In einer stationären Einrichtung läuft oft zeitgleich eine Vielzahl an interdependenten Prozessen ab, die insbesondere klinisch, aber häufig durch Verwaltungshandeln geprägt sind. Die Einführung des komplexen PEPP-Entgeltsystems kann damit z. B. über strukturelle

und verwaltungsbedingte Veränderungen Einfluss auf die medizinischen Arbeitsabläufe haben. Zumindest kurzfristig ist anzunehmen, dass der Wechsel der Vergütungsmodalitäten einen erhöhten Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand für das medizinische Personal bedeutet. Auch langfristig verändern sich u.a. die Arbeitsabläufe, sodass die verfügbare Zeit für medizinische Behandlungsprozesse gegebenenfalls beeinträchtigt ist. Daher ist zu überprüfen, ob die Einführung des PEPP-Entgeltsystems die Intensität des medizinischen Behandlungsprozesses beeinflusst. Der ausgewählte Indikator „Mittlere Verweildauer (in Tagen)“ misst die durchschnittliche Anzahl von Behandlungstagen je Fall. Sollten Veränderungen in den Prozessen der Krankenhäuser die medizinische Behandlung beeinflussen, könnten sich erste Anzeichen in Veränderungen der mittleren Verweildauer zeigen.

Um ein differenziertes Bild des Status quo vor Einführung des PEPP-Entgeltsystems zu bekommen, werden die Entwicklungen des Behandlungsspektrums und der Therapieformen für ausgewählte Untergruppen, wie z. B. Bundesländer und Bettengrößenklassen, dokumentiert. Im weiteren Verlauf (1. Forschungszyklus) ist geplant, dass diese beiden Indikatoren noch durch Maßzahlen der Behandlungsintensität ergänzt werden.

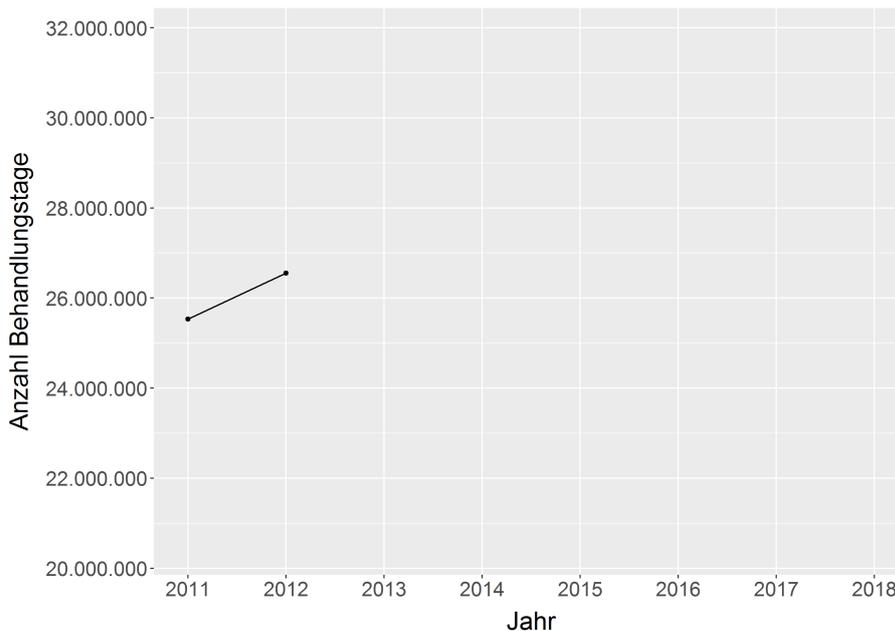
Die Untersuchung der Entwicklung des Behandlungsspektrums und der Therapieformen sowie der Krankenhausprozesse basiert auf aggregierten Leistungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland (Datengrundlage gemäß § 21 KHEntgG) und Daten des Statistischen Bundesamtes. Im Fokus stehen hierbei die Datenjahre 2011–2012 vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems.

## 7.1. Behandlungsspektrum und Therapieformen

### Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

Abbildung 7.1 beschreibt die Anzahl der Behandlungstage aus dem PSYCH-Entgeltbereich von 2011 bis 2012. Im Jahr 2011 wurden insgesamt 25 532 380 und im Jahr 2012 26 552 272 Behandlungstage dokumentiert. Dies bedeutet einen Zuwachs in Höhe von rund 4,0 Prozent. Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 erlaubt den interessierten LeserInnen weitere detaillierte beschreibende Analysen zu diesem Indikator unter <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=2601&criterion=Gesamt&tab=lineChart>. Die beschriebene Entwicklung war relativ heterogen, wenn auf der Ebene der Bundesländer ausgewertet wurde. Während die Anzahl der Behandlungstage aus dem PSYCH-Entgeltbereich in Schleswig-Holstein im betrachteten Zeitraum stark abnahm (–8,4 Prozent), konnte in Baden-Württemberg ein deutlicher Zuwachs registriert werden (+12,5 Prozent).

Abbildung 7.2 zeigt die Entwicklung des Anteils der Behandlungstage mit Regel- bzw. Intensivbehandlung an allen vollstationären Behandlungstagen von 2011 bis 2012. Der Anteil für die Regelbehandlung betrug im Jahr 2011 60 Prozent und im Jahr 2012 66 Prozent (+6,0 Prozentpunkte). Der Anteil für die Intensivbehandlung betrug im



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

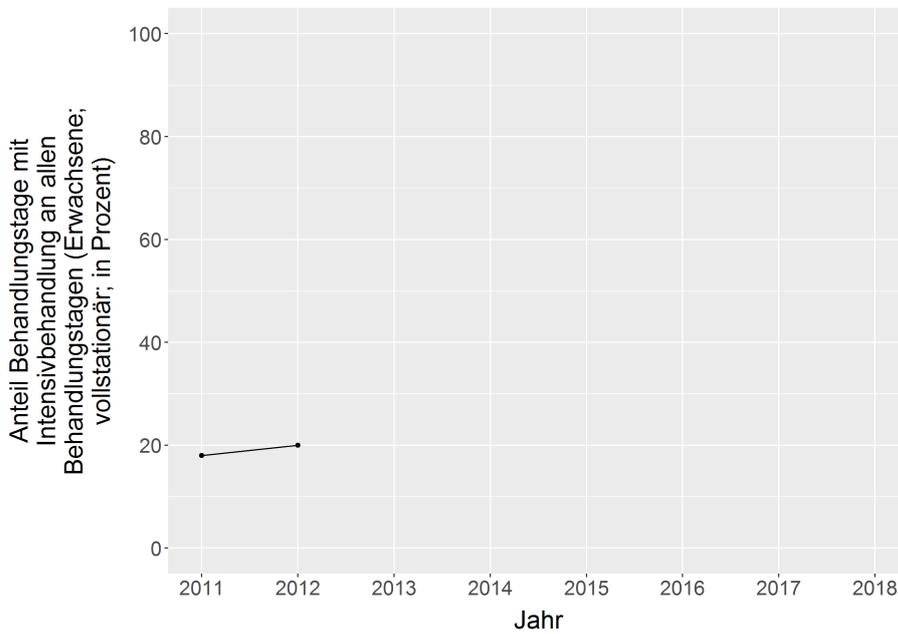
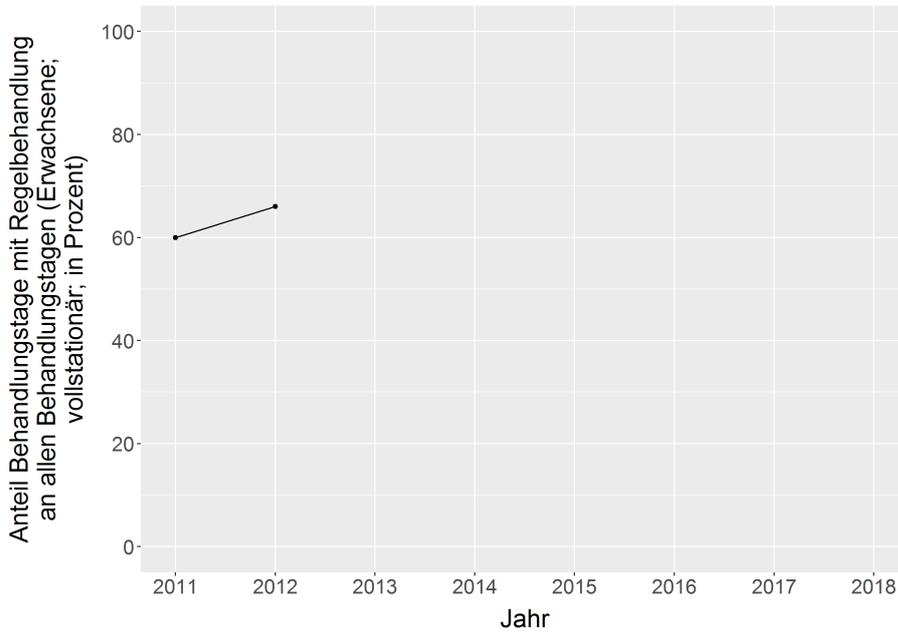
Abbildung 7.1.: Anzahl Behandlungstage

Jahr 2011 18 Prozent und im Jahr 2012 20 Prozent (+2,0 Prozentpunkte). Weitergehende Analysen und zusätzliche Differenzierungsmöglichkeiten zu diesem Indikator sind unter <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=4201&criteria=Gesamt&tab=lineChart> bzw. <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=4202&criteria=Gesamt&tab=lineChart> zu finden.

## 7.2. Krankenhausprozesse

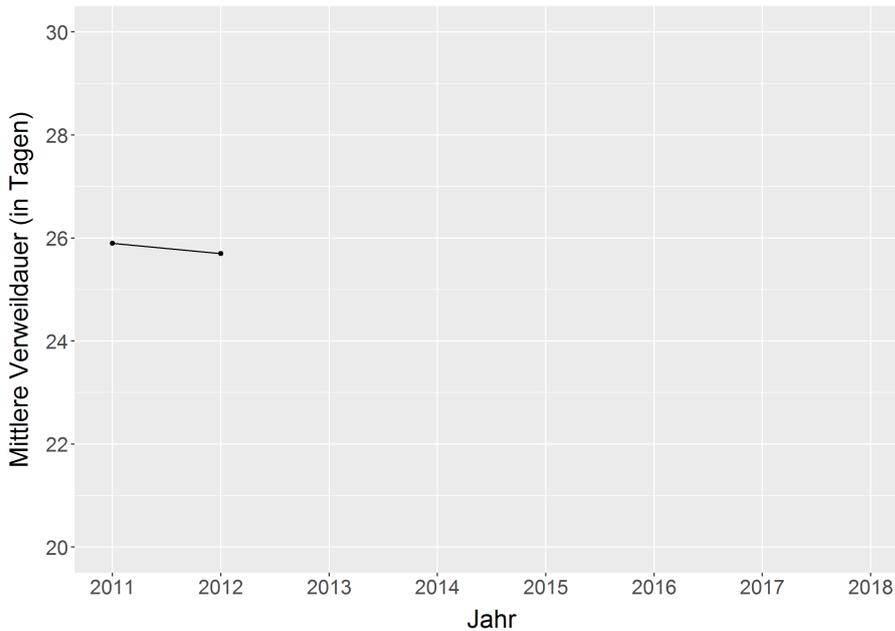
### Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

Abbildung 7.3 zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in den Jahren 2011 bis 2012. Die Verweildauer fällt von 25,9 Tagen im Jahr 2011 auf 25,7 Tage im Jahr 2012 (−0,8 Prozent). Der Indikator ist in dieser und in weiteren Differenzierungsebenen unter <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=4501&criteria=Gesamt&tab=lineChart> abrufbar. Auch hier liegen Unterschiede zwischen den Bundesländern vor: In Hessen stieg die durchschnittliche Verweildauer im Analysezeitraum um 2,0 Prozent an, während in Rheinland-Pfalz ein Rückgang um 3,9 Prozent belegt ist. Das 75-Prozent-Quartil für die Verweildauer ging von 60,2 Tagen in 2011 auf 59,0 Tage in 2012 leicht zurück (−1,9 Prozent). Es wird im betreffenden Zeitraum demnach insgesamt eine Stauchung der Verteilung zugunsten niedriger Verweildauern beobachtet <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=4602&criteria=Gesamt&tab=lineChart>.



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Abbildung 7.2.: Anteil Behandlungstage mit Regel- (oben) bzw. Intensivbehandlung (unten) an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Abbildung 7.3.: Mittlere Verweildauer (in Tagen)

### 7.3. Diskussion

Die durchgeführten Sekundärdatenanalysen ergaben eine Zunahme bei der Anzahl der Behandlungstage im psychiatrischen Behandlungsbereich. im Vorzeitraum der Einführung des PEPP-Entgeltsystems. Diese Zunahme muss in Verbindung mit der beobachteten Steigerung der Fallzahlen (+2,2 Prozent, s. Kapitel 6) bei gleichzeitiger moderater Abnahme der mittleren Verweildauer (−0,2 Tage) gesehen werden.

Aus klinischer Perspektive sollte der Anstieg der Behandlungstage um 4,0 Prozent im Zusammenhang mit der generellen Tendenz zum Kapazitätsausbau (z. B. Anstieg Anzahl Betten, s. Kapitel 4) und unter Berücksichtigung der hohen Nachfrage nach psychiatrischer Versorgung gesehen werden. Die Interpretation des Indikators ist jedoch vor dem Hintergrund des unterschiedlichen Aggregationsniveaus der zugrunde liegenden Daten schwierig. Eine Differenzierung z. B. nach Diagnosen oder Schweregraden, wäre deutlich aussagekräftiger. Dies lässt das vorliegende Datenniveau in der Phase der Nullpunktmessung jedoch noch nicht zu.

Ähnliches gilt auch für die Entwicklung der mittleren Verweildauer in Bezug auf die Verteilung des Indikators, da die Häufigkeitsverteilung der Verweildauer eine gewisse Schiefe aufweist. Die klinische Erfahrung zeigt, dass der wesentliche Anteil der Fälle eine eher kurze oder lange Verweildauer aufweist und nur wenige Fälle der Gruppe mit einer Verweildauer mittlerer Länge zugeordnet werden können. Während die mittlere Verweildauer insgesamt im Berichtszeitraum um 0,2 Tage fällt, konnte bei der mittleren Verweildauer im obersten Quartil ein Rückgang um 1,0 Tage auf 59 Tage gemessen werden. Diese Entwicklung

könnten z. B. Verschiebungen im Fallspektrum ausgelöst haben. Daten des Statistischen Bundesamtes lassen, wenn auch auf Basis einer möglicherweise anderen Grundgesamtheit, eine Differenzierung der mittleren Verweildauer nach Versorgungsbereich bzw. nach Fachabteilungen in Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik zu. So sank die mittlere Verweildauer sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch in der Psychiatrie und Psychotherapie im Berichtszeitraum um 3,5 Prozent auf 37,3 Tage bzw. um 1,1 Prozent auf 22,4 Tage während die mittlere Verweildauer in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik im gleichen Zeitraum um 1,2 Prozent auf 41,2 Tage anstieg. Bereits im Vorberichtszeitraum von 2008 bis 2011 sanken die mittleren Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Psychotherapie und Psychosomatik um durchschnittlich 2,2 Prozent bzw. 0,7 Prozent und stiegen seit 2009 bis 2011 in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik im Mittel um 1,0 Prozent an.

Im Rahmen der kommenden Forschungszyklen wird zu untersuchen sein, ob die Abnahme der mittleren Verweildauer in der vollstationären Versorgung auf eine generell hohe Nachfrage, Veränderungen im Fallspektrum, vergütungsbedingte Anreize oder auf sich mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems kurzfristig weiter erhöhenden Dokumentationsaufwands zurückzuführen ist.

Die Auswertung der Sekundärdaten ergab zudem einen leichten Anstieg der Behandlungstage sowohl mit Regel- als auch Intensivbehandlung an allen Behandlungstagen. Der Anteil der Behandlungstage mit Intensivbehandlung stieg leicht von 18,3 Prozent im Jahre 2011 um 1,9 Prozentpunkte auf 20,2 Prozent im Jahre 2012. Grundsätzlich könnte diese Entwicklung als Anpassung in Vorbereitung auf die PEPP-Einführung interpretiert werden. Eine Änderung des Indikators wäre aufgrund der differierenden Eingruppierung von Intensivbehandlungen vor Einführung von PEPP und danach durchaus möglich. Jedoch ist der Anteil der Krankenhäuser, die in den auf den Berichtszeitraum folgenden Jahren für PEPP votiert haben, eher gering. Wie auch bei den anderen Indikatoren ist eine tieferegehende Interpretation erst nach stärker differenzierender Analyse für relevante Subgruppen im folgenden Forschungszyklus möglich.

Bei der Interpretation der deskriptiven Analysen ist zudem zu beachten, dass die Kodier- und Datenqualität von möglicherweise (nicht) abrechnungsrelevanten OPS-Kodes bzw. aufgrund von Veränderungen des OPS-Katalogs in den zugrunde liegenden Datenjahren fehlerhaft sein könnten. Auch eine Korrektur für Urlaubstage bzw. Tage ohne Behandlung ist in den vorliegenden Datenjahren nicht mit Sicherheit fehlerfrei möglich. Nicht zuletzt erfolgen die Aussagen auf Basis der Beobachtung von lediglich zwei Datenpunkten.

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

Kodierqualität beschreibt die Richtigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation von Diagnosen, Prozeduren sowie Patientencharakteristika im Rahmen der Durchführung einer medizinischen Behandlung. Ein Ziel der Einführung des PEPP-Entgeltsystems ist es, ein leistungsorientiertes Vergütungssystem zu implementieren, welches den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung unterscheidbarer Patientengruppen abbildet (§ 17d KHG).<sup>9</sup> Dafür wird für jeden Fall mithilfe eines Groupers eine zugehörige PEPP aus den kodierten Diagnosen und Prozeduren sowie zusätzlicher Informationen wie Alter von PatientInnen, Verweildauer und ggf. besonderen Leistungsbestandteilen, z. B. 1:1 Betreuung, bestimmt. Dementsprechend ist eine hohe Kodierqualität notwendig, um eine Vergütung zu garantieren, die in angemessenem Bezug zum Ressourcenverbrauch für einen Fall steht. Dabei kann gerade eine unvollständige oder fehlerhafte Kodierung dazu führen, dass das für den Fall angemessene Relativgewicht nicht erreicht wird.

Auch 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 jedoch möglicherweise Anreize geschaffen, Diagnosen zu stellen, welche zu einer höheren Vergütung führen. Forschungsarbeiten aus den USA haben das sogenannte Upcoding vereinzelt untersucht [19]. 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.

Der ausgewählte Indikator „Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)“ indiziert Veränderungen in der Kodierung von Komorbiditäten. Ein Anstieg der Kodierung von Komorbiditäten könnte z. B. auf eine ausführlichere Dokumentation hindeuten. Da Komorbiditäten 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.

---

<sup>9</sup>§ 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz 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.

Zugleich soll Kodierung immer so spezifisch wie möglich erfolgen. Das heißt, Restgruppen wie „Sonstige“ oder „Nicht näher bezeichnet“ sollten nur dann kodiert werden, wenn tatsächlich keine spezifische Information dokumentiert worden ist bzw. dokumentierbar ist [23]. 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.

Der ausgewählte Indikator „Anzahl Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen“ beschreibt die Häufigkeit der Fälle, bei denen eine unzulässige Kodierung vorliegt. Dies lässt direkte Rückschlüsse auf Veränderungen in der Kodierqualität zu.

Der ausgewählte Indikator „Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes“ zeigt auf, inwieweit bei der Kodierung eine Anpassung entsprechend der Kodierrichtlinien und damit verbundenen veränderten Vorgaben erfolgt. Auch an diesem Indikator kann direkt eine Verbesserung/Verschlechterung der Kodierqualität abgelesen werden.

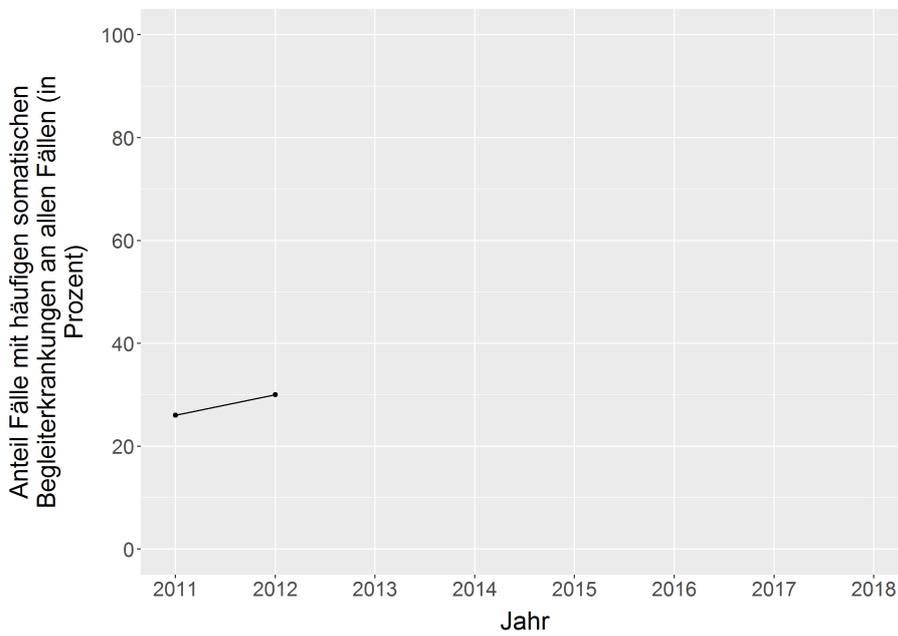
Im Folgenden werden die oben aufgeführten Indikatoren für die vorliegenden Datenjahre 2011 und 2012 näher betrachtet, um die Entwicklung von möglichen Trends im Zeitraum vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems zu untersuchen. Hierbei wird auf aggregierte Leistungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland (Datengrundlage gemäß §21 KHEntgG) zurückgegriffen.

## 8.1. Entwicklung der Kodierung

### Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

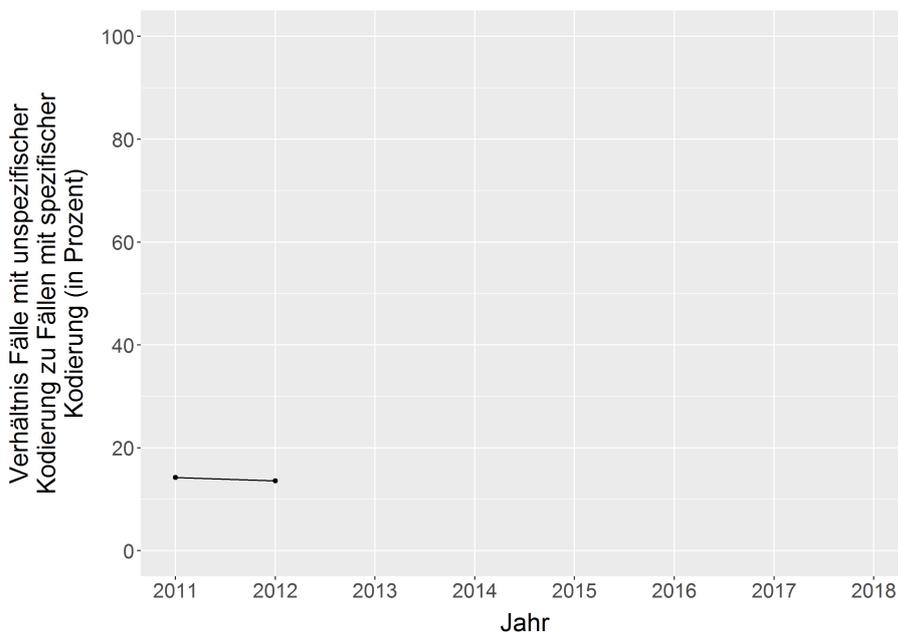
Die Abbildung 8.1 beschreibt die Entwicklung des Anteils der Fälle mit einer oder mehreren kodierten Nebendiagnosen, die häufig auftretende somatische Begleiterkrankungen darstellen. Im Jahr 2011 betraf das 26 Prozent der Fälle. Zum Jahr 2012 stieg der Anteil auf 30 Prozent. Es wurden folglich mehr Fälle (+4,0 Prozentpunkte) mit mindestens einer häufigen somatischen Komorbidität stationär oder teilstationär im PSYCH-Entgeltbereich behandelt. Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 erlaubt den interessierten LeserInnen weitere detaillierte beschreibende Analysen zu diesem Indikator unter <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=4901&criteria=Gesamt&tab=lineChart>.

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 zwischen den Jahren 2011 und 2012 in Abbildung 8.2 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 eines Jahres auf 13,6 Prozent (−0,6 Prozentpunkte). Weitere detaillierte Analysen zu dem beschriebenen Indikator können mithilfe des explorativen



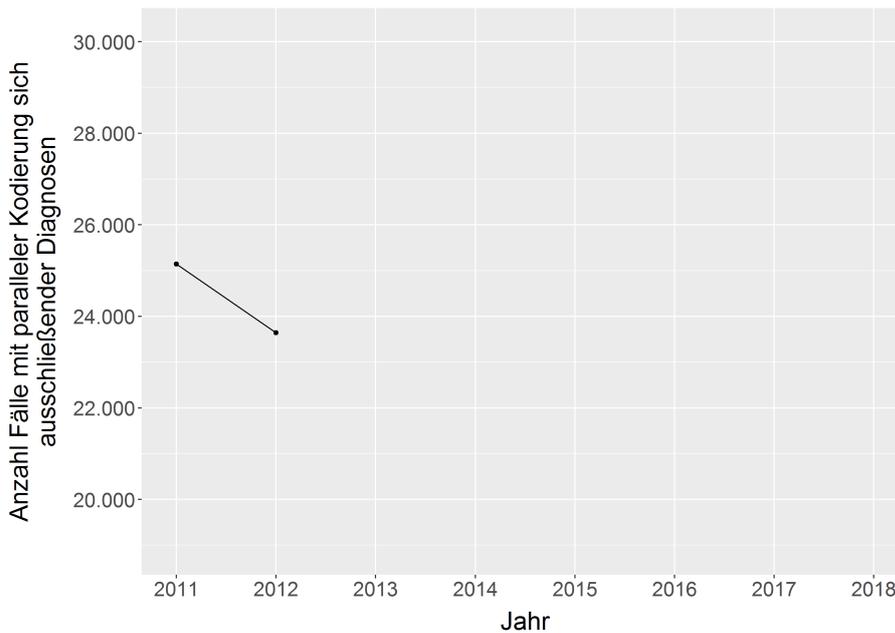
Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Abbildung 8.1.: Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Abbildung 8.2.: Verhältnis Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung (in Prozent)



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

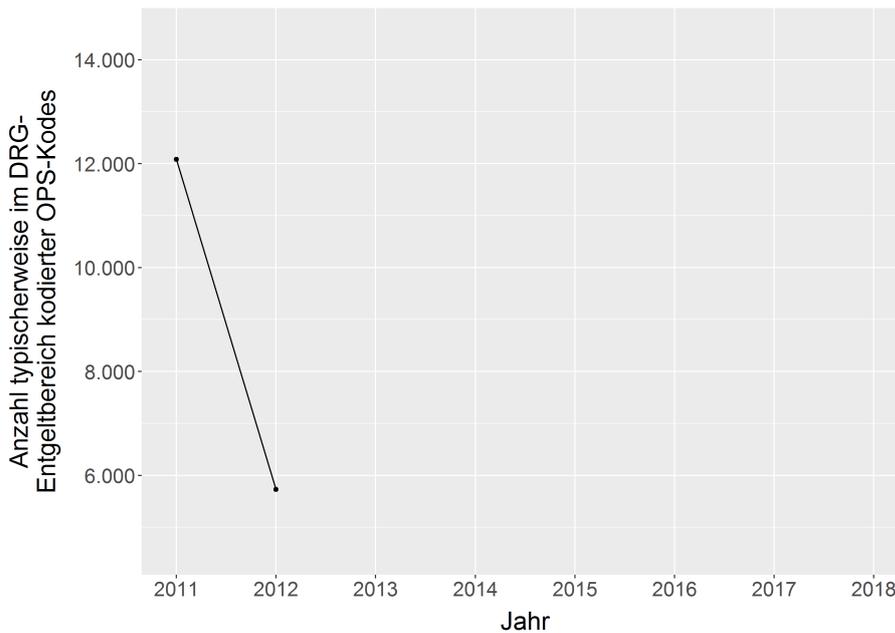
Abbildung 8.3.: Anzahl Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen

Datenzugangs gemäß Unterkapitel 3.2 unter <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=5001&criteria=Gesamt&tab=lineChart> abgerufen werden.

In Abbildung 8.3 wird die Anzahl der Fälle dargestellt, in deren Falldokumentation in den Jahren 2011 und 2012 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 Jahr 2012 um 1 496 auf 23 645 (–6,0 Prozent). Weitere detaillierte Analysen zu diesem Indikator können gemäß Unterkapitel 3.2 unter folgendem Link abgerufen werden: <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=5101&criteria=Gesamt&tab=lineChart>.

Die Entwicklung der Anzahl der typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierten OPS-Kodes, die im PSYCH-Entgeltbereich kodiert wurden, in den Jahren 2011 und 2012 wird in Abbildung 8.4 grafisch dargestellt. Während im Jahr 2011 12 080 Prozeduren kodiert wurden, die typischerweise im DRG-Bereich durchgeführt werden, waren es im Jahr 2012 5 727. Dies ist gleichbedeutend mit einem Rückgang von 52,6 Prozent. Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 kann zu weiteren diesen Indikator betreffenden Analysen unter <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=5201&criteria=Gesamt&tab=lineChart> herangezogen werden.

Zusätzlich wurden weitere Indikatoren im Bereich „Entwicklung der Kodierung“ analysiert, z. B. die Anzahl der Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen und der Anteil typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes an allen OPS-Kodes (im PSYCH-Entgeltbereich). Auch diese können für eigenständige Analysen im Rahmen des explorativen Datenzugangs genutzt werden.



Datenquelle:

InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Abbildung 8.4.: Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes

## 8.2. Diskussion

Die Ergebnisse der durchgeführten Sekundärdatenanalysen im Vorzeitraum der PEPP-Einführung in Deutschland lassen erste Rückschlüsse auf mögliche Trends in der Qualität der Kodierung zu. So ist der Anteil der Fälle mit häufigen Begleiterkrankungen an allen Fällen vom Jahr 2011 auf das Jahr 2012 um ca. 3,5 Prozentpunkte gestiegen.

Da dieser Anstieg in der Zahl der Nebendiagnosen vermutlich nicht auf Änderungen in der Prävalenz von Begleiterkrankungen zurückgeht, ist es wahrscheinlich, dass der Anstieg auf eine Veränderung des Kodierverhaltens, d.h. auf eine ausführlichere Kodierung, zurückzuführen ist. Mit Einführung des PEPP-Entgeltsystems wird ein Teil der Nebendiagnosen entgeltrelevant. Es besteht somit die Möglichkeit, dass Krankenhäuser bereits in den Jahren 2011 bzw. 2012 – in Vorbereitung auf die Einführung des neuen Vergütungssystems – eine vollständigere Kodierung praktizieren.

Um dies näher untersuchen zu können, wäre eine weitere Differenzierung des Indikators nach entgeltrelevanten und nicht-entgeltrelevanten Nebendiagnosen hilfreich. Das aggregierte Datenniveau ließ jedoch eine derartige Differenzierung für den vorliegenden Bericht noch nicht zu. Sollte der Trend in der Anzahl kodierter Nebendiagnosen für beide Gruppen ähnlich verlaufen, könnte es sich auch um einen generellen, mit der Einführung von PEPP einhergehenden Trend hin zu einer präziseren und ausführlicheren Dokumentation handeln, verursacht z. B. durch die Anwendung der veränderten Kodierrichtlinien. Dies wäre naheliegend, da alle Krankenhäuser wussten, dass PEPP zu einem bestimmten Zeitraum verpflichtend für alle eingeführt werden würde.

Auch andere Indikatoren dieses Kapitels weisen auf einen Trend zu einer präziseren und ausführlicheren Dokumentation hin. So ist der Anteil der Fälle mit unspezifischer Kodierung an Fällen mit spezifischer Kodierung ( $-0,6$  Prozentpunkte) und die Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen ( $-6,0$  Prozent) gefallen, was ebenfalls auf eine Verbesserung der Kodierqualität im Zeitraum von 2011 bis 2012 hindeutet.

Mit Anwendung des neuen Vergütungssystems in der Psychiatrie und Psychosomatik wird sich die Kodierung einer unspezifischen Diagnose auf die Gruppierung und somit auf die Erlöse des Krankenhauses auswirken. Dies setzt Anreize, eine unspezifische Kodierung zu vermeiden. Es wäre auch möglich, dass die Veränderungen in diesen Indikatoren durch einzelne Krankenhäuser verursacht wurden, die im Vorgriff der PEPP-Einführung ihre Kodierpraxis anpasst haben. Eine weitere mögliche Erklärung für den relativen Rückgang der unspezifischen Diagnosen könnte auch eine verbesserte Diagnostik sein.

Eine andere potenzielle Ursache, vor allem für den Rückgang sich ausschließender Diagnosen, sind die langfristigen Entwicklungen beim Medizincontrolling. Eine sachgerechte Kodierung und präzise Dokumentation sind für die Krankenhäuser entscheidend, um vor dem MDK die Anordnung verschiedener entgeltrelevanter Behandlungsmethoden oder über die durchschnittliche Verweildauer hinausgehende Aufenthalte zu rechtfertigen. 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  $52,6$  Prozent. Dies deutet vor allem auf IT-bezogene Veränderungen hin. Entsprechende Modifizierungen der Krankenhausinformationssysteme könnten hierbei eine Rolle gespielt haben.

Insgesamt deuten die betrachteten Indikatoren auf eine Verbesserung der Kodierqualität in den Datenjahren 2011 auf 2012 hin. Welche der genannten Gründe für die Rückgänge der Indikatoren verantwortlich sind, kann auf Basis der aggregierten Daten jedoch nicht näher untersucht werden. Um das Ausmaß des Einflusses der PEPP-Einführung auf die Kodierqualität besser einordnen zu können, wäre auch eine Differenzierung der Indikatoren nach Krankenhäusern wünschenswert. Anhand derer könnte näher untersucht werden, inwieweit die zeitliche Nähe zur PEPP-Einführung die Kodierqualität beeinflusst. Ob im Rahmen der PEPP-Einführung eine weitere Steigerung der Kodierqualität erfolgt, wird sich im Laufe der Begleitforschung zeigen.

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

Die Qualität der Leistungserbringung sowie deren Sicherung sind zentrale Bestandteile eines öffentlichen Gesundheitswesens. Daher sind mögliche Veränderungen im Zusammenhang mit regulatorischen Eingriffen in den Gesundheitsmarkt stets zu überprüfen. Im Sinne einer normativen Frage, welche Qualitätsziele in welchem Ausmaß für relevant gehalten werden, gibt es im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen hierfür eine Vielzahl an Definitionen. Der bekannteste Ansatz zur Operationalisierung des Qualitätsbegriffs wird von Donabedian [26] beschrieben: Die technische Behandlungsqualität befasst sich mit dem Zielerreichungsgrad (Effektivität), d. h. im engeren Sinne mit der Verbesserung des Gesundheitszustandes relativ zur bestmöglichen Verbesserung. Die interpersonelle Behandlungsqualität beschreibt den Austausch zwischen Krankenhauspersonal und PatientInnen. Die Ergebnisqualität der Behandlung ist das Ausmaß, in dem Gesundheitsdienstleistungen dazu führen, dass Gesundheitsoutcomes von Individuen bzw. Patientenpopulationen verbessert werden [64].

Die Messung der Behandlungsqualität kann anhand von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren erfolgen. Strukturindikatoren umfassen z. B. Charakteristika von Krankenhäusern, wie die Qualifikation des Personals. Prozessindikatoren beschreiben die Interaktion zwischen PatientInnen und Krankenhäusern, wie z. B. die Verweildauer oder die Anzahl durchgeführter Prozeduren. Ergebnisindikatoren beziehen sich auf den subjektiven oder objektiven Zustand von PatientInnen, also z. B. auf die Häufigkeit von Komplikationen oder auf die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand.

Bei der Evaluation des PEPP-Entgeltsystems muss zwischen erwarteten und unerwarteten Effekten auf die Versorgungsqualität differenziert werden. Diese Effekte können sowohl positive als auch negative Auswirkungen für Leistungserbringer und PatientInnen haben. So hat eine Reduzierung des Leistungsangebotes per se 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 (z. B. in Rehabilitations-, Pflege- und ambulante Einrichtungen, s. Kapitel 5), für die ggf. Auswirkungen auf die Ergebnisqualität zu untersuchen sind. Eine Untersuchung der möglichen Effekte der PEPP-Einführung auf die Qualität erfolgt anhand einer empirischen Analyse des Indikators „Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent)“ von PatientInnen im Alter zwischen 18 und 60 Jahren. Dieser Indikator zeigt

auf, in welchem Zustand PatientInnen aus dem Krankenhaus entlassen werden. Ein höherer Anteil arbeitsfähig entlassener PatientInnen könnte ein Indiz dafür sein, dass die Ergebnisqualität der Behandlung gesteigert wurde.

In den nächsten Forschungszyklen der Begleitforschung werden weitere Indikatoren zur Operationalisierung der Behandlungsqualität integriert werden. Diese stammen aus Datenquellen, die im Rahmen der Nullpunktmessung noch nicht verfügbar waren.

In den folgenden Unterkapiteln wird eine Bestandsaufnahme des beschriebenen Indikators für die Datenjahre 2011–2012 auf Basis aggregierter Leistungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland (Datengrundlage gemäß § 21 KHEntgG) vorgenommen, um im weiteren Verlauf der Begleitforschung durch die Einführung des PEPP-Entgeltsystems induzierte Veränderungen der Qualität evaluieren zu können.

## 9.1. Strukturqualität

Die für dieses Unterkapitel vorgesehenen Daten standen zum Zeitpunkt der Berichterstellung nicht zur Auswertung zur Verfügung.

## 9.2. Prozessqualität

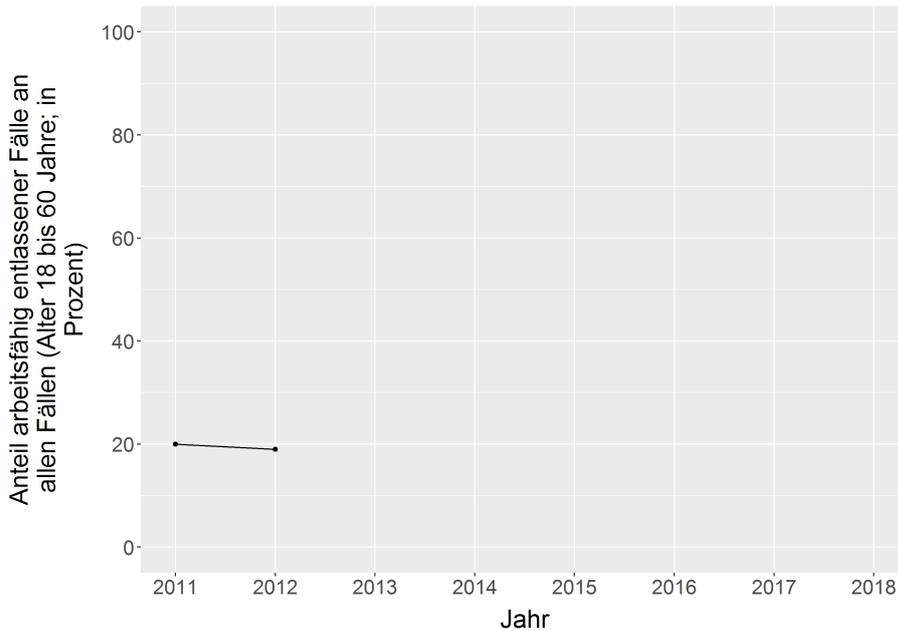
Die für dieses Unterkapitel vorgesehenen Daten standen zum Zeitpunkt der Berichterstellung nicht zur Auswertung zur Verfügung.

## 9.3. Ergebnisqualität

### Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

Abbildung 9.1 zeigt, dass im Jahr 2011 im Bundesdurchschnitt 19,6 Prozent und im Jahr darauf 18,8 Prozent (−0,8 Prozentpunkte) der aus der stationären Versorgung entlassenen Fälle als „arbeitsfähig“ eingestuft wurden (nach Einschätzung des jeweils behandelnden Arztes). Dabei war der Rückgang in Krankenhäusern mit Tagesklinik bzw. psychiatrischer Institutsambulanz mit jeweils −0,8 Prozentpunkten maßgebend im Vergleich zu den Krankenhäusern ohne Tagesklinik bzw. ohne psychiatrische Institutsambulanz (+0,1 bzw. +0,2 Prozentpunkte). Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=5901&criterion=Gesamt&tab=lineChart> abgerufen werden.

Die Anzahl der Fälle, die mit dem Merkmal „Entlassungen gegen ärztlichen Rat“ aus dem Krankenhaus entlassen wurden, stieg im Beobachtungszeitraum um 5,5 Prozent an. Diese Entwicklung war etwas schwächer (8,3 in 2011 und 8,5 in 2012, also eine Zunahme um 3,3 Prozent), wenn der Anteil dieser Fälle am gesamten Fallvolumen betrachtet wird.



Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Abbildung 9.1.: Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent)

## 9.4. Diskussion

Die Auswertung der Sekundärdaten für die Untersuchung des Vorzeitraums der PEPP-Einführung lassen - gemessen am Rückgang des Anteils der als arbeitsfähig entlassenen Fälle - eine leichte Tendenz zur Verschlechterung in Bezug auf patientenrelevante, funktionale Outcomes vermuten.

Eine belastbare Interpretation der vorliegenden Zahlen zum Anteil der als arbeitsfähig entlassenen Fälle ist jedoch schwierig, da auf Basis der vorliegenden aggregierten Daten keine Adjustierung bezüglich des Schweregrads der Erkrankung der entlassenen PatientInnen durchgeführt werden konnte. D.h., die Vergleichbarkeit der hinter dem Indikator stehenden Grundgesamtheit zwischen den Jahren 2011 und 2012 ist nicht überprüfbar.

Zudem stellt sich die Frage, wie zuverlässig der vorliegende Indikator den tatsächlichen Gesundheitszustand der PatientInnen operationalisiert, da der hier ausgewertete Vermerk „als arbeitsfähig entlassen“ bei Entlassung allenfalls eine unverbindliche Empfehlung darstellt. Die Ausstellung der formalen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und damit die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgen erst im Anschluss an die Entlassung durch einen ambulant tätigen Arzt. Diesbezügliche Eintragungen im Krankenhausinformationssystem (KIS) werden daher im klinischen Alltag unter Umständen auch durch PflegerInnen vorgenommen. Der Status der Arbeitsunfähigkeit ist somit eher als administratives Feld im Datenaustausch zu werten.

Auch spielt es im klinischen Alltag tendenziell eine untergeordnete Rolle, ob PatientInnen arbeitsfähig entlassen werden oder nicht. Dies ist in der Regel auch deshalb der Fall, da auf die stationäre Entlassung zunächst eine ambulante Nachbehandlung folgt. Während der ggf. parallel hierzu erfolgenden vorbereitenden Eingliederungsmaßnahmen ist der Patient noch krankgeschrieben und wird durch Krankengeld unterstützt.

Zudem schließt die Tatsache, dass im Rahmen des vorliegenden Berichts lediglich zwei Datenpunkte untersucht wurden, eine belastbare Ableitung eines Trends zur Entwicklung der Ergebnisqualität weitgehend aus. Die für zukünftige Forschungszyklen geplante Analyse der poststationären Mortalitätsrate sowie der Wiederaufnahme von stationär behandelten Patienten (auf Basis von GKV-Routinedaten gem. § 301 SGB V) wird voraussichtlich belastbarere Anhaltspunkte zur Abschätzung der Entwicklung der Ergebnisqualität liefern.

# 10. Veränderungen der Transparenz und Akzeptanz in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Die Akzeptanz eines Vergütungssystems hängt zweifelsohne auch von der zugrunde liegenden Vergütungsform ab. Eine Studie aus der Schweiz zeigt dies anhand von „moralischem Stress“ (empfundene Einschränkungen bei der Ausführung der Pfl egetätigkeit aufgrund vorgegebener Prozesse) bei Pflegepersonal [36]. Auch die Zufriedenheit und damit die Akzeptanz durch die behandelnden Ärzte sind ein wichtiger Faktor, da finanzielle Motive potenzielle Veränderungen des Behandlungsverhaltens auslösen können [41, 42].

Im Folgenden werden die von den befragten Akteuren geäußerten Inhalte, Bewertungen und Vorschläge systematisch dargestellt. Die Systematik differenziert auf der ersten Ebene Teilaspekte der Transparenz: Ergebnistransparenz, Verfahrenstransparenz, Qualitätstransparenz und Transparenz insgesamt sowie Teilaspekte der Akzeptanz: Aufwand, Praktikabilität, Kostengerechtigkeit und Akzeptanz insgesamt. Auf der zweiten Ebene werden die Vergütungssysteme differenziert: Tagesgleiche Pflegesätze (TGPS) und PEPP-Entgeltsystem (PEPP). Auf der dritten Ebene werden die Aussagen nach den Akteursgruppen: Gruppe A, B, C, D unterschieden. Innerhalb der Zellen wird die inhaltliche Breite der Aussagen dargestellt. Zur Validierung der Aussagen wurde auch die quantitative Häufigkeit von Nennungen innerhalb der Akteursgruppen herangezogen, sodass ein valides Meinungsbild der jeweiligen Interessengruppen vorliegt. Die Häufigkeit, mit der eine Aussage von unterschiedlichen Vertretern einer Gruppe gemacht wurde, spielt bei der Auswahl keine Rolle. Aussagen, die sich von denen der restlichen Gruppe inhaltlich deutlich abheben, werden gesondert im Text vorgestellt. Die folgenden Unterkapitel beziehen sich insgesamt auf Aussagen und Ansichten der befragten Akteure und sind daher als solche zu interpretieren.

## 10.1. Ergebnistransparenz

### Deskriptive Analyse der Primärdaten

#### TGPS

**Gruppe A - Leistungsempfänger** Die Vergütung des einzelnen Falles ist nach Aussagen dieser Akteure intransparent und bilde nicht das Leistungsgeschehen ab. Die Pflegesätze

seien wegen der Deckelung der Budgets, vorgegebener Veränderungsdaten und des Einbezugs von Sachkosten verzerrt.

**Gruppe B - Leistungserbringer** Den jährlich krankenhausindividuell verhandelten Budgets liegen laut der Leistungserbringer u. a. Leistungsdaten (Diagnose- und Prozeduren-Statistiken) und Personalbedarfe gemäß PSYCH-PV zugrunde. Die Budgets enthielten meistens auch Anteile, die für „Quersubventionierungen“ verwendet werden, sodass der realisierte Personalstand nach außen nicht klar werde. Die Budgets eröffneten unternehmerische Spielräume. Budgetverhandlungen unterlägen dem Verhandlungsgeschick. Innerhalb des Systems sei die Nachvollziehbarkeit der Abrechnung sehr hoch. Die Vergütung habe nur geringen Bezug zur erbrachten Leistung des abgerechneten Falles.

**Gruppe C - Leistungsträger** Die Nachvollziehbarkeit wird von den Leistungsträgern als eher gering angesehen, da die Differenzierung des einheitlichen, tagesgleichen Pflegesatzes nur bezüglich der Fachabteilung erfolge. Statt Schweregraden, Leistungen und PatientInnenmerkmalen fänden nur die Verweildauer und die Anzahl der PatientInnen eine Berücksichtigung. Die Regeln, wie z. B. die Pflegesätze zustande kommen und wie die Abrechnung erfolgt, werden (formal) als relativ einfach angesehen (nicht jedoch für den Patienten bzw. die Patientin). Der einzige Leistungsbezug entstehe über die PSYCH-PV. Welches Personal am Ende verwendet wurde, sei allerdings nicht nachzuvollziehen. Ein Vertreter merkt an, dass man als Krankenkasse für etwas zahlen würde, von dem man nicht wüsste, was es sei.

**Gruppe D - Wissenschaftliche Einrichtungen** Die Nachvollziehbarkeit wird als Teil der Auseinandersetzungen (zwischen den Akteuren) beschrieben. Sie habe kaum etwas mit dem Leistungsgeschehen zu tun und zeige weder die Behandlungsintensität, Verweildauer noch wofür der Pflegesatz ausgegeben wird. Die Budgetverhandlungen seien abhängig vom Verhandlungsgeschick und würden häufig auf historischen Entwicklungen basieren und die Übereinkünfte aller Beteiligten „eingepreist“. Die Krankenkassen sehen hier keine Nachvollziehbarkeit, da sie nicht wüssten, wofür sie zahlen. In den Abrechnungen würden nur Diagnosen vermerkt. Die einzigen Punkte, die nachvollziehbar sind, seien die PSYCH-PV und die Pflegesatzvereinbarung, in denen Leistungen beschrieben werden, die für einzelne PatientInnen erbracht werden. Aus diesen Gründen sei das PEPP-Entgeltsystem entwickelt worden.

## **PEPP**

**Gruppe A - Leistungsempfänger** Nach Meinung der Leistungsempfänger basiere das PEPP-Entgeltsystem auf der Fiktion einer Durchschnittsbehandlung sowie auf Durchschnittskosten in Deutschland, die weder mit den Personalkosten, mit sonstigen Kosten

noch mit den Besonderheiten der Leistungserbringer etwas zu tun haben. Nach Meinung eines Vertreters sei die Grundannahme gleicher Bedingungen in Ballungsgebieten und ländlichen Gebieten kaum tragbar.

**Gruppe B - Leistungserbringer** Es gebe wenig standardisierte Prozesse in der Psychiatrie, was zu großen Problemen bei der Abbildung im PEPP-Entgeltsystem führe. Die realen Behandlungsverläufe sowie die individuellen Versorgungskonzepte würden nicht adäquat abgebildet. Ein Akteur merkt an, die PEPPs würden bisher keine leistungsgerechte Vergütung gewährleisten. Trotz unausgereifter PEPP-Entgeltbausteine bekomme man tendenziell eher einen Eindruck von der tatsächlich erbrachten Leistung. Die PEPPs seien nur für Experten, die über einen Grouper verfügen und die Kodierrichtlinien und die Abrechnungsbestimmungen kennen, nachvollziehbar. Ohne die Instrumente und das Fachwissen sei dies nicht möglich.

**Gruppe C - Leistungsträger** Die Leistungstransparenz habe sich im Vergleich zu den tagesgleichen Pflegesätzen erhöht. Die inhaltliche Transparenz sei höher, unterschiedlicher Schweregrad werde unterschiedlich vergütet. Von den meisten Vertretern wird bemängelt, dass das System gesamtwirtschaftlich keinen Nutzen bringe, da es die Aufwandsunterschiede nicht richtig abbilde und es an Präzision mangle. Ein Vertreter betont, dass nicht immer nachvollziehbar sei, was unter dem Inhalt des Kataloges zu verstehen sei. Aufwandsunterschiede würden sich bei der gegebenen Kleinteiligkeit egalalisieren. Das führe zu einer „Pseudogenauigkeit“. Dennoch wird grundsätzlich Potenzial in dem System gesehen. Mit zunehmender Datengrundlage wird von einigen Vertretern allerdings eine Verbesserung erwartet.

**Gruppe D - Wissenschaftliche Einrichtungen** Die Fokussierung des PEPP-Entgeltsystems liege auf den Diagnosen, was als problematisch anzusehen ist, da diese i.d.R. nichts über den Schweregrad der Erkrankung aussagen und für einen anderen Zweck konzipiert wurden. Die Degression über die Verweildauer sei statistisch nachvollziehbar, bilde den Einzelfall aber schlecht ab. Laut einem Vertreter gehe das InEK davon aus, dass die fallbezogene Ungenauigkeit der PEPPs sich in der Summe ausgleiche. Die Einzelleistungsberechnung passe jedoch nicht zum psychiatrischen Handeln. Zu viele erbrachte Leistungen seien noch nicht vergütungsrelevant genug. Zudem wird die DRG-ähnliche Systematik kritisiert. Es wird ein Vorschlag, den PatientInnen Kategorien zuzuordnen, die so differenziert sind, dass man daraus einzelne OPS entwickeln kann, geäußert (s. Patienten- und Qualitätsorientierter Personalbedarf, PQP-Konzept [44]). Außerdem sollte der Katalog der ärztlichen und psychologischen Leistungen um weitere Berufsgruppen erweitert werden. Die Transparenz sei noch nicht dort, wo sie nach dem Willen des Gesetzgebers sein sollte.

## 10.2. Verfahrenstransparenz

### Deskriptive Analyse der Primärdaten

#### TGPS

**Gruppe A - Leistungsempfänger** Die Konstruktion des Vergütungssystems ist nach Meinung der Leistungsempfänger angemessen komplex sowie verständlich und klar.

**Gruppe B - Leistungserbringer** Das Vergütungssystem ist nach Einschätzung der Vertreter genau richtig. Das PSYCH-PV Verfahren mit den vier stichtagsbezogenen Erhebungen sei ein relativ grobes Raster. Das Vergütungssystem war für die Befragten jedoch gut handhabbar, gut kalkulierbar und für jeden nachvollziehbar.

**Gruppe C - Leistungsträger** Es erfolge keine klare Differenzierung der Leistungen. Das System an sich wird als eher simpel eingestuft, insbesondere im Vergleich zu anderen Vergütungssystemen. Die Abrechnung des Pflegesatzes wird als einfach angesehen, eine erhöhte Komplexität wird größtenteils hinsichtlich der Budgetfindung wahrgenommen.

**Gruppe D - Wissenschaftliche Einrichtungen** Die Komplexität liege in der Zusammensetzung des Pflegesatzes und komme bei den am Patienten oder an der Patientin Arbeitenden nicht an, da das Komplexe im Hintergrund passiert. Die Vorgehensweise bei der Vergütung selbst sei relativ schlicht. Die PatientInnen würden viermal im Jahr eingestuft, was als verständlich und von geringer Komplexität wahrgenommen wird.

#### PEPP

**Gruppe A - Leistungsempfänger** Überwiegend sind die Vertreter dieser Akteursgruppe der Meinung, dass das Vergütungssystem zu komplex sei.

**Gruppe B - Leistungserbringer** Die PEPP-Algorithmen sind nach Aussagen einiger Vertreter nur noch für Experten verständlich. Im Weiteren gehen die Meinungen der Vertreter zur Verfahrenstransparenz etwas auseinander. PEPP wird im Vergleich zu tagesgleichen Pflegesätzen als komplexer angesehen. Ein Akteur sticht dadurch hervor, dass er PEPP für angemessen hält. Ein Vorschlag eines anderen Vertreters ist es, OPS zu streichen, PEPPs zusammenzufassen sowie stärker zu pauschalisieren. Überkodierungen seien zudem abzubauen, indem nur die außerordentlichen Fälle berücksichtigt würden. Konsens herrscht darüber, dass Fallzusammenführungen für Chaos sorgen können, insbesondere auch aus IT-Perspektive. Die Fallzusammenführungen könnten auch ein Liquiditätsproblem verursachen. Das System sei von der mathematischen Seite her absolut nachvollziehbar, allerdings in der Tiefe für die damit arbeitenden MitarbeiterInnen zu schwer verständlich.

Teilweise wird vermutet, dass das PEPP-Entgeltsystem bewusst komplex gestaltet worden sei, um zu vermeiden, dass Einrichtungen Lücken, Fehler oder Schwächen im System ausnutzen.

**Gruppe C - Leistungsträger** Das System sei für die Psychiatrie völlig neu. Es gebe einige Änderungen, die die Komplexität erhöht hätten. Die OPS sollten modifiziert werden, wobei sich die Meinungen in diesem Punkt unterscheiden. Einerseits wird die Präzisierung der vorhandenen OPS-Kodes vorgeschlagen, andererseits wird vorgeschlagen, analog zum DRG-System weitere Entgelte zu den entstandenen 77 hinzuzufügen. Von zwei Akteuren wird angemerkt, dass eine Verständlichkeit nicht notwendig sei. PEPP wird als handhabbar beschrieben, unter anderem deshalb, weil der Grouper beim Ableiten der PEPPs helfe. Ein anderer Vertreter sieht die Komplexität in den verweildauerabhängigen Relativgewichten. Die ergänzenden Tagesentgelte würden die Komplexität zunehmend erhöhen. Weiterhin müsse man sich jedes Jahr auf neue Veränderungen einstellen.

**Gruppe D - Wissenschaftliche Einrichtungen** Nach Meinung der wissenschaftlichen Einrichtungen ist die Zweigleisigkeit des PEPP-Entgeltsystems, d.h. die Diskrepanz zwischen erbrachter Leistung und Dokumentation bzw. Erlös, schwer vermittelbar. Auf der einen Seite solle so gearbeitet werden, dass das Ergebnis gut ist, auf der anderen Seite werde dies weder erfasst noch bewertet. Grundsätzlich werde dennoch zu viel dokumentiert. Es handle sich um ein sehr bürokratisches System. Durch die Komplexität entstünden Fehler. Schwierig würde es z. B. auch, wenn Merkmale nur zum Teil erbracht werden können und die Kodierung unklar wird. Das habe am Ende dazu geführt, dass auf die Kodierung verzichtet wurde. Stattdessen müsste Leistungstransparenz bei gleichzeitig überschaubarer Komplexität hergestellt werden, wobei Mindestmerkmale reduziert bzw. vereinfacht werden sollten. Es könnte ebenfalls überprüft werden, ob die Testdiagnostik in dem bisherigen Ausmaß dokumentiert werden soll.

## 10.3. Qualitätstransparenz

### Deskriptive Analyse der Primärdaten

#### TGPS

**Gruppe A - Leistungsempfänger** Es gibt nach Meinung der Leistungsempfänger zwei Fehlerquellen: die Budgetfindung und den Fehlanreiz zur längeren Verweildauer. Die Vergütung sei eindeutig. Laut Aussage eines Vertreters würden PSYCH-PV in den meisten Kliniken nicht richtig (bzw. nicht zu 100 Prozent) umgesetzt werden, möglicherweise um Personal zu sparen oder weil spezielles Pflegepersonal nicht leicht zu rekrutieren ist oder weil tarifliche Steigerungen nicht berücksichtigt werden.

**Gruppe B - Leistungserbringer** Das System wird allgemein als einfach und wenig fehleranfällig beschrieben. Wenn man Fehler mache, dann geschehen diese in den jährlichen Budgetverhandlungen. Die Angabe der Verweildauer sei noch fehleranfällig, diese werde vom MDK geprüft. Bei der Abrechnung gebe es sonst so gut wie keine Fehlermöglichkeit. Das Budget müsse dem Landesministerium zur Genehmigung vorgelegt werden. Bei der Personalbedarfsermittlung nach PSYCH-PV gebe es Interpretationsspielräume. Diese werde jedoch durch den MDK überprüft.

**Gruppe C - Leistungsträger** Die Budgetermittlung sei historisch fortgeschrieben. Von einigen Vertretern wird aufgeführt, dass die Pflegesätze ersatzweise für Investitionskosten des Krankenhauses verwendet würden. Teilweise werde auf das Verhandlungsgeschehen der Verhandlungsgeschichte innerhalb der Budgetverhandlungen verwiesen. Sobald der Pflegesatz ermittelt würde, gebe es für die Krankenhäuser keine Möglichkeit, mehr zu intervenieren. Ab diesem Punkt sei die Vergütung eindeutig, ebenso wie die Einstufung in die verschiedenen Abteilungspflegesätze. Als Fehlerquellen wird der Anreiz zur primären und sekundären Fehlbelegung genannt. Einige Vertreter sprachen die Veraltung der PSYCH-PV an. Die Prüfung der Einzelfälle würde als schwierig angesehen, da sie eine geringe Erfolgsquote versprechen würden und mit direkten Kosten sowie Folgekosten verbunden wären. Ein Vertreter hob die Benachteiligung von Patienten hervor, da keine Leistungsgerechtigkeit vorliege.

**Gruppe D - Wissenschaftliche Einrichtungen** Das System wird als eindeutig beschrieben, wenn der Pflegesatz erst einmal verhandelt wurde. Es gab weniger Dissens zwischen den Beteiligten als im PEPP-Entgeltsystem, da nicht über einzelne Leistungen diskutiert werden konnte. MDK-Prüfungen zeigten des Öfteren insofern Diskrepanzen auf, als dass es zu primärer und sekundärer Fehlbelegung gekommen ist. In einzelnen Fällen seien diesbezüglich sozialgerichtliche Klärungen nötig gewesen. Die PSYCH-PV Einstufungen werden als angemessen eindeutig beschrieben. Als mögliche Quellen für Fehler wird das Missbrauchspotenzial angegeben, was allerdings als gering eingestuft wird. In einem einfachen System sei es schwerer, Fehler zu machen.

## PEPP

**Gruppe A - Leistungsempfänger** Die PEPP-Kodes seien eindeutig, da sie sehr detailliert beschreiben, welche Punkte für die Abrechnung erfüllt sein müssen. Das PEPP-Entgeltsystem setzt nach Aussagen dieser Akteure Fehlanreize, z. B. Kosten auf Nachbehandler zu verlagern oder möglichst wenig Personal einzusetzen, um Kosten zu minimieren, worunter die Qualität der Versorgung leiden würde. Qualitätsparameter, z. B. Personalmindeststandards, könnten diese Fehler eindämmen. Neben Strukturqualität wären Prozess- und Ergebnisqualität wünschenswert, wenn es Messverfahren gebe. Ein Vertreter führt an, dass die Degression den Anreiz liefere, PatientInnen schnell zu entlassen

(eventuell verbunden mit Zwangsmaßnahmen und hoher medikamentöser Behandlung), die dann nach kurzer Zeit wieder aufgenommen werden (Drehtüreffekt). Es gebe zudem den Anreiz, in kurzer Zeit viele Maßnahmen durchzuführen und entsprechend abzurechnen. Grundsätzlich bezweifelt er, dass medizinische Leistungen, wie sie in der Psychiatrie erbracht werden, exakt abgebildet und für eine fall- bzw. tagesbezogene Vergütung genutzt werden können.

**Gruppe B - Leistungserbringer** Jeder Fall wird nach Aussagen der Leistungserbringer eindeutig einem PEPP-Entgelt zugeordnet. Es gebe eine wesentlich höhere Fehleranfälligkeit bei jeder Abrechnung. Hier besteht laut Angabe eines Vertreters die Möglichkeit, sich bei den OPS und den ICDs zu vergreifen oder eine Kodierrichtlinie nicht richtig zu interpretieren. Bei Stufenübergängen bestehe immer der Anreiz, die höher vergütete Stufe zu dokumentieren. Controller würden eingesetzt, um Dokumentationsfehler von MitarbeiterInnen aus Pflege und Therapie zu beheben. Es könne nicht festgestellt werden, ob alle Einzelleistungen von den MitarbeiterInnen auch dokumentiert wurden. Es wird befürchtet, dass alles, was besonders aufwendig ist und sich schlecht refinanziert, nur nachrangig geleistet wird, sodass schwer kranke PatientInnen schlechter versorgt werden. Hingegen habe der MDK die Prüfquote massiv erhöht, zudem sei es schwierig, Intensivmerkmale „MDK-sicher“ zu dokumentieren. Ein neues System sei immer fehleranfällig.

**Gruppe C - Leistungsträger** Das System wird grundsätzlich als eindeutig beschrieben. Es wird darauf verwiesen, dass ein Fall eindeutig einer PEPP zugeordnet würde, da im Handbuch vorgegeben sei, hinter welchen Diagnosen welche PEPP stünde. Damit würden die Grundsätze von Transparenz und Leistungsgerechtigkeit sehr unterstützt. Mithilfe der Kodierung komme man zu einem eindeutigen Ergebnis bzw. zu einer eindeutigen Darstellung des Falles. Ein Akteur verweist darauf, dass sich hinter einer PEPP häufig viele Diagnosen verbergen würden und dass in dem Zusammenhang eine weitere Differenzierung vonnöten wäre. Als mögliche Ansatzpunkte für Fehler wird der Umstieg auf das PEPP-Entgeltsystem genannt. In diesem Zusammenhang werden insbesondere Fehler beim Kodieren in Krankenhäusern, die gerade erst umgestiegen sind, genannt. Es wird die Möglichkeit genannt, über die Kodierung direkt in PEPP eingreifen zu können. Es sei insofern Potenzial für Missbrauch da, als dass die Diagnosestellung in der Psychiatrie nicht einfach und daher angreifbar sei und in dem Zusammenhang Codes eingebracht werden könnten, die nicht geleistet wurden. Es wird darauf verwiesen, dass die entstehenden Fehler mit einem wachsenden Erfahrungsschatz besser würden und eine perfekte Dokumentation auch noch von niemandem erwartet werde.

**Gruppe D - Wissenschaftliche Einrichtungen** Die hohe Komplexität bedinge eine geringere Eindeutigkeit und erhöhte Fehleranfälligkeit, die zu einer Uneinheitlichkeit führen würden. Es entstünde eine Scheingenauigkeit dadurch, dass die Definitionen kleinteilig

sind. Die OPS-Kodes und Therapieeinheiten seien jedoch noch nicht präzise genug: Eine Abgrenzung von Leistungen der Pflege zu Therapieeinheiten sei nötig. Es gebe generell einen großen Interpretationsspielraum. Ob MitarbeiterInnen ein Kreuz mehr oder weniger setzen, würde für die Dokumentation keinen Unterschied machen. Der Parameter Zeit sei unbrauchbar und was für den Therapieerfolg oder Misserfolg entscheidend sei, wäre unklar. Nachberechnungen der PEPPs für Schizophrenie hätten zu Ergebnissen geführt, die sich von denen des InEK unterschieden. Dies hätte dazu geführt, dass die Degression abgeschafft und ergänzende Tagesentgelte eingeführt wurden, was auf der anderen Seite wieder zu einer erhöhten Komplexität führte. Es wurde ein alternativer Ansatz vorgeschlagen: das PQP-Konzept. Fehler entstünden weiterhin in den Intensivbehandlungsmerkmalen, bei den Ultrakurzliegern und grundsätzlich in der Dokumentation der notwendigen Kodes bzw. leistungserhöhenden PEPPs. Wiederholt wird betont, dass die OPS nicht dazu geeignet seien, psychiatrische Leistungen abzubilden.

## 10.4. Transparenz insgesamt

### Deskriptive Analyse der Primärdaten

#### TGPS

**Gruppe A - Leistungsempfänger** Es sei ein gewohntes System. Die Akteure hätten gelernt, damit zu leben, folglich liege eine Akzeptanz des Vergütungssystems vor. Bis zu einer gewissen Grenze werde dies akzeptiert, aber es wird auch Bedarf an Weiterentwicklung und Anpassung erkannt.

**Gruppe B - Leistungserbringer** Bezogen auf den Einzelfall ist laut Meinung der Akteure die Transparenz sehr gering. In den Budgetverhandlungen werde hingegen sehr transparent gemacht, wie sich die Leistungen entwickeln und welche PatientInnen behandelt werden. Das Verhandlungsgeschick bei den Budgetverhandlungen hingegen mindere die Transparenz. Durch eine kontinuierliche Anpassung hätte mehr Transparenz der Eingruppierungen und der Mittelverwendung hergestellt werden können. Die Transparenz, welche Leistung wann erbracht wurde, fehle.

**Gruppe C - Leistungsträger** Die Transparenz ist ein großer Kritikpunkt der Leistungsträger. Als Grundlage der Vergütung sei nur der Tag relevant. Es sei nicht ersichtlich, welche Kliniken gut arbeiten und viel Personal einsetzen, sodass unklar sei, was die Krankenhäuser tatsächlich tun. Allgemein wird das System als überkommen bezeichnet.

**Gruppe D - Wissenschaftliche Einrichtungen** Die Akteure stellen ebenfalls eine fehlende Transparenz fest, da es keinen Einblick in das Leistungsgeschehen gebe.

## PEPP

**Gruppe A - Leistungsempfänger** Ein Vertreter meint, dass PEPP eine Transparenz vorspiegeln, die es inhaltlich nicht halten könne. Das PEPP-Entgeltsystem dokumentiere etwas, was hinter PEPP stehe, und nicht, was ein Patient bzw. eine Patientin brauchen würde. Es handle sich somit um eine Scheintransparenz.

**Gruppe B - Leistungserbringer** Einige Akteure betonen, dass zwar zahlreiche PEPPs vorliegen würden, die Patienten sich aber auf drei oder vier PEPPs verteilen. Laut den Krankenhäusern werde ein enormer Aufwand betrieben, mit dem kaum Erkenntnisgewinne verbunden seien. Das PEPP-Entgeltsystem erzeuge nach Aussagen dieser Akteure nur eine Scheintransparenz. Die tatsächlichen Leistungen zu erfassen, gelinge nicht adäquat, insbesondere dann nicht, wenn schwere Krankheitsverläufe vorliegen würden.

**Gruppe C - Leistungsträger** Die Transparenz sei noch nicht ausreichend. Sie wird allerdings von einigen dieser Akteure als Schritt in die richtige Richtung bezeichnet. Durch PEPP ergebe sich mehr Einsicht in die abgerechneten Leistungen. Positiv hervorgehoben wird die erhöhte Dokumentation, die zu mehr Transparenz im Leistungsgeschehen führe. Die Abbildung der Behandlungsleistung sei für einige Akteure allerdings noch nicht ausreichend. Die Leistungsmerkmale bzw. die Aufwandsunterscheidung müssten weiterentwickelt bzw. neu gestaltet werden. Zweifach wurde die Vermutung geäußert, dass die Leistungserbringer nicht transparent sein wollen bzw. können. Weiterhin habe das InEK belegt, dass Kostendaten mit der Fallschwere korrelieren würden. Das bedinge ein hohes Maß an Transparenz.

**Gruppe D - Wissenschaftliche Einrichtungen** Es ist nach Aussagen der wissenschaftlichen Einrichtungen ein Grundproblem, die vielen Sprachen und Denkweisen zusammenzubringen, von denen viele z. B. „ökonomisch“, „statistisch“, „medizinisch“ oder „pflegerisch“ geprägt sind. Auf der anderen Seite habe sich erstmals ein Überblick darüber ergeben, welche Therapiedosis die PatientInnen in den verschiedenen Versorgungsbereichen erhalten.

## 10.5. Aufwand

### Deskriptive Analyse der Primärdaten

#### TGPS

**Gruppe A - Leistungsempfänger** Laut den Vertretern der Leistungsempfänger ist die Abrechnung einfach und mit geringem Verwaltungsaufwand verbunden, Pflegesatzverhandlungen seien aufgrund der Unterfinanzierung hingegen sehr schwierig.

**Gruppe B - Leistungserbringer** Das System der tagesgleichen Pflegesätze mache nicht viel Aufwand in den Krankenhäusern. Es löse zudem nicht unnötig viele MDK-Prüfungen aus. Der geringere Aufwand liege eher im Bereich des Controllings und der höhere Aufwand bei denen, die die Eingruppierung vornehmen.

**Gruppe C - Leistungsträger** Ein Aufwand bestünde hauptsächlich in den Budgetverhandlungen, wobei die Verhandlungen für die Vorbereitung auf das PEPP-Entgeltsystem aufgrund von Komplexitäten, wie z. B. Jahresüberliegern oder Relativgewichten, auch einen gewissen Aufwand bedeuten würden. Hierbei korreliere der Aufwand von Krankenkassen und Klinik, da der eine die Rechnung erstelle und der andere diese überprüfe. Die MDK-Prüfung sei eine andere. Dies wird einerseits damit begründet, dass die fachliche Prüfung innerhalb der TGPS wesentlich dezimierter sei, auf der anderen Seite die geringe Erfolgsquote zu weniger Prüfungen geführt habe.

**Gruppe D - Wissenschaftliche Einrichtungen** Es sei eine falsche Unterstellung, den PsychiaterInnen vorzuwerfen, dass sie die Leistungen nicht darstellen wollten. Auch wären für die Einstufungen der PatientInnen an Stichtagen Schulungen vonnöten. Innerhalb der Budgetverhandlungen entstünden Aufwände, z. B. im Bereich der doppelten Nachtwachen und Bereitschaftsdienste sowie der Sachkosten. Geringer Aufwand entstünde im Bereich der Dokumentation. Die Aufwände in der Pflegesatzverhandlung wären auf den Seiten von Kasse und Krankenhaus gleich.

## PEPP

**Gruppe A - Leistungsempfänger** Der Dokumentationsaufwand sei sehr hoch, das Medizincontrolling sei aufwendig. Der MDK habe viele Möglichkeiten, um Prüfungen vorzunehmen, die Auswirkungen auf das Budget seien hingegen gering. Es werde bestrebt, Verteilungsgerechtigkeit herzustellen, was jedoch durch das PEPP-Entgeltsystem letztlich nicht erreicht werde.

**Gruppe B - Leistungserbringer** Der Aufwand ist nach Aussagen dieser Akteure enorm gestiegen, insbesondere durch den Dokumentationsaufwand, das Controlling und die MDK-Prüfungen. Es wird mehrfach der Wunsch nach Vereinfachung und Reduktion des Aufwands geäußert. Ein Vertreter sticht mit der Meinung hervor, der Dokumentationsaufwand für ein Vergütungssystem dieser Art sei vertretbar und angemessen. Die allgemeine Meinung ist, dass wahrscheinlich nicht mehr Geld verteilt werde, sondern dieses nur anders umverteilt würde, was aber den enormen Dokumentationsaufwand kaum rechtfertige. Eine OPS-Überarbeitung sei erforderlich, um das beizubehalten, was tatsächlich differenziert. Es wird vorgeschlagen, OPS-Kodes zu streichen und PEPPs zusammenzufassen, also stärker zu pauschalisieren, um den Dokumentationsaufwand deutlich zu verringern. Die MDK-Prüfungen würden sich nicht auf medizinische Fragen beziehen, sondern konzentrieren sich

auf Fragen der Kodierung, Regelungsfragen, Abrechnungsbestimmungen. Die MDK-Prüfer seien so professionell, dass sie erkennen würden, wo das System Ungenauigkeiten oder Interpretationsspielräume biete und haken da gezielt nach, um die Vergütung zu mindern. Es würden zusätzliche Stellen geschaffen, die der Direktversorgung verloren gehen. Von einigen Akteuren wird die Steigerung des bürokratischen Aufwandes im ärztlichen Berufsstand von ca. 30 Prozent auf ca. 40 Prozent geschätzt, zudem seien erhebliche Kosten durch EDV-Aufrüstungen nötig. Fallzusammenführungen seien ebenfalls sehr aufwendig.

**Gruppe C - Leistungsträger** Hinsichtlich des Aufwandes gibt es Einschätzungen, die sich im Detail unterscheiden. Grundsätzlich wird der Aufwand als handhabbar angesehen. Einige Male wurde auf den erhöhten Dokumentationsaufwand verwiesen, mit der Einschränkung, dass zuvor bereits eine ähnliche Dokumentation hätte stattfinden müssen. Der Aufwand sei entsprechend „verzogen“. Weiterhin wird der Umstellungsaufwand, insbesondere auch für die Krankenhäuser erwähnt, so wie der entstandene Aufwand durch die Verwendung des Groupers und den Katalogwechsel. Einige Akteure betonen den stark erhöhten Personal- und Zeitaufwand für alle. Von einem erhöhten Prüfaufwand durch den MDK wird an einigen Stellen ausgegangen, an anderer Stelle wird eine Verschiebung des Aufwandes aus dem somatischen Bereich vermutet.

**Gruppe D - Wissenschaftliche Einrichtungen** Der Aufwand sei grundsätzlich sehr stark angestiegen. Neben dem erhöhten Dokumentationsaufwand sei ein deutlicher Schulungsaufwand aufgrund der Veränderungen entstanden. Neues Personal sei eingestellt worden, auch beim MDK. Neu hinzu seien außerdem die Relevanz der Prüfung der Abrechnungen und der erhöhte Aufwand durch die Fallzusammenführungen gekommen. Auch die MDK-Prüfungen hätten sich stark erhöht. In der Vergangenheit seien bereits Vorstellungen zur Reduktion des Prüfaufwandes geäußert worden. Diese Aufwände kämen den PatientInnen nicht zugute.

## 10.6. Praktikabilität

### Deskriptive Analyse der Primärdaten

#### TGPS

**Gruppe A - Leistungsempfänger** Nach den Budgetverhandlungen sei es relativ einfach, abzurechnen. Es gebe relativ wenig Aufwand in Richtung MDK, z. B. um Nachweise zu erbringen. Das System wird als einfach und verwaltungsfreundlich angesehen.

**Gruppe B - Leistungserbringer** Im Vergleich zum PEPP-Entgeltsystem habe das TGPS-Entgeltsystem weniger Bürokratie-, Dokumentations- und sonstigen Aufwand. Der Aufwand und die Praktikabilität seien in Ordnung.

**Gruppe C - Leistungsträger** Das System wird als praktikabel angesehen, da es jahrzehntelang genutzt wurde und eine geringere Komplexität aufweist. Es werde kein Detailwissen benötigt und alles habe sich schnell erschlossen. Große technische Aufwendungen seien nicht nötig. Auf der anderen Seite hätten dadurch bestimmte Informationen gefehlt. Diese Unsicherheit habe in der Vergangenheit Verdachtsmomente bezüglich der Korrektheit der abgerechneten Leistungen aufkommen lassen.

**Gruppe D - Wissenschaftliche Einrichtungen** Das System ist nach Meinung der wissenschaftlichen Einrichtungen praktikabel, da es eine geringe Fehleranfälligkeit aufweist. Innerhalb der PSYCH-PV Einstufung liegen bundeseinheitlich formale Kriterien vor. Diese haben sich in der Praxis allerdings historisch auseinanderentwickelt. Das schmälert die Praktikabilität.

## **PEPP**

**Gruppe A - Leistungsempfänger** Die Praktikabilität des PEPP-Entgeltsystems ist nach Ansicht dieser Akteursgruppe sehr gering.

**Gruppe B - Leistungserbringer** Die Abrechnung von Jahresüberliegern sei sehr aufwendig, u. a. weil zwei Systeme für zwei Jahre parallel betrieben werden müssen. Fallzusammenführungen seien sehr aufwendig. Die Vergütung von extremen Langliegern sei noch problematisch. Es existiere der Wunsch, die Vergütungsklassen abzuschaffen, zumal sie beim Entgeltwert kaum Unterschiede machen. Das Vergütungssystem verursache einen gewissen Aufwand und ist sperriger, aber letztlich auch der Sache angemessen und deshalb aus der Sicht eines Akteurs praktikabel. Das Vergütungssystem wird als sehr klar gesehen, aber ein System, das aufwendig ist, ist aus Sicht eines anderen Akteurs nicht praktikabel.

**Gruppe C - Leistungsträger** Im Bereich der Praktikabilität wird des Öfteren ein Vergleich zum DRG gezogen. Das PEPP-Entgeltsystem würde diesem ähneln, sei allerdings simpler. An Praktikabilität gewinne das System dadurch, dass anstelle von Personal nun konkrete Leistungen von Bedeutung wären. Der Leistungsbezug und die tagesbezogene Abrechnung werden von einem Akteur besonders hervorgehoben. Auf der anderen Seite sei die Komplexität gestiegen und die Abrechnung durch den Grouper etwas schwieriger geworden. Auch die Fallzusammenführungen würden die Praktikabilität etwas verringern. Ein Akteur sticht dadurch hervor, dass er angibt, bezüglich der Praktikabilität des PEPP-Entgeltsystems nur positive Resonanzen bekommen zu haben.

**Gruppe D - Wissenschaftliche Einrichtungen** Das PEPP-Entgeltsystem wird als sperrig bezeichnet. Es gebe viele Ungereimtheiten innerhalb des Systems. Auch die große Anzahl

von Neueinstellungen, die durch die entstandenen Aufgaben vorgenommen wurden, sei nicht praktikabel.

## 10.7. Kostengerechtigkeit

### Deskriptive Analyse der Primärdaten

#### TGPS

**Gruppe A - Leistungsempfänger** Laut Leistungsempfänger ist aufgrund der veralteten PSYCH-PV eine Kostengerechtigkeit nur eingeschränkt gegeben. Öffnungsklauseln zur Berücksichtigung von Entwicklungen im Zeitverlauf, z. B. im IT-Bereich, Lohnentwicklung, Behandlungen, Berufsgruppen, und Verweildauer würden fehlen. Der Gesamterlös sei z. T. akzeptabel.

**Gruppe B - Leistungserbringer** Nach Aussagen der Leistungserbringer sind die Differenzierung und damit die Kostengerechtigkeit bezogen auf den Einzelfall sehr gering. Das Budgetsystem mache Querfinanzierungen möglich und liefere wirtschaftliche Spielräume. Die Differenzen der tagesgleichen Pflegesätze zwischen den Krankenhäusern seien erheblich und nicht nachvollziehbar. Die PSYCH-PV werde unterschiedlich in Personal umgesetzt. Die PSYCH-PV sei 1989 entwickelt worden und beschreibe die aktuellen Verhältnisse nicht mehr. Die tagesgleichen Pflegesätze würden historisch fortgeschrieben. Die Kassen würden die Steigerungsrate vorgeben.

**Gruppe C - Leistungsträger** Von den Leistungsträgern wird die Kostengerechtigkeit als gering bzw. nicht gegeben bewertet. Es wird auf die Historie der Budgets verwiesen. Die Spannbreite der pauschalierten Vergütungen zwischen den einzelnen Kliniken sei nicht zu erklären. Schwer kranke PatientInnen würden die gleiche Vergütung bekommen wie leicht erkrankte PatientInnen. Aus den TGPS werde nicht ersichtlich, ob ein Krankenhaus engagiert sei und viele Therapien durchführe oder ob es die PatientInnen mit Psychopharmaka sediere. Die Personalvorhaltung sei grundsätzlich undurchsichtig. Die Abteilung sei als Faktor für die Aufwandsberechnung nicht ausreichend. Zusammenfassend ist der Zusammenhang zwischen Kostenaufwand und Erlös laut den Leistungsträgern sehr gering.

**Gruppe D - Wissenschaftliche Einrichtungen** Die Kostengerechtigkeit wird durch die wissenschaftlichen Einrichtungen als mittelmäßig bis gering eingeschätzt. Die PSYCH-PV gelte als veraltet und überholt. Der Erfüllungsgrad der PSYCH-PV läge bei PsychologInnen zwischen 150 und 200 Prozent. Die Kosten hätten nichts mit der erbrachten Leistung zu tun. Die Historie spiele eine große Rolle. Es seien Investitionen getätigt worden, die von den Ländern nicht gegenfinanziert werden würden. Es gebe vorgegebene Steigerungsmargen der Krankenkassen, an die sich alle halten müssten.

## PEPP

**Gruppe A - Leistungsempfänger** Laut Leistungsempfänger würden PEPPs 15 Prozent der Kostenunterschiede erfassen; alles andere sei die Grundleistung.

**Gruppe B - Leistungserbringer** Das System sei nicht leistungsorientiert, weil die Degression ein mathematisches Modell ist, das die Gesamtheit aller abgerechneten Leistungen beschreibt und nicht den Einzelfall. Die Annahme des degressiven Verlaufs ist hierbei zentral in der Kritik. Das System sei kostengerecht in dem Sinne, dass es mehr Geld gibt für aufwendigere PatientInnen und für eine aufwendigere Behandlung. In der Summe sei das System leistungsgerechter, aber absolut gesehen nicht.

**Gruppe C - Leistungsträger** Aufgrund der starken „Durchkalkulierung“ sei das System kostengerechter. Für eine schwerere Erkrankung erhalte man eine höhere Vergütung. Ein Akteur führt an, dass es für die Krankenkasse nicht relevant sei, ob das Geld auf viele Krankenhäuser oder wenige Krankenhäuser verteilt werde. Auf der anderen Seite wird von einem Akteur angemerkt, dass die Finanzierung von Kosten, die durch älteres Personal entstehe, nicht abgedeckt werden könnte. Nicht alle Erkrankungen, wie z. B. Persönlichkeitsstörungen, seien durch das System adäquat abgebildet. Eine Differenzierung sei hier dringend notwendig. Ein Akteur hebt weiterhin hervor, dass man durch die TGPS als Krankenkasse Geld sparen würde. Durch das PEPP-Entgeltsystem mit seiner Kostengerechtigkeit würden PatientInnen jedoch profitieren. Es wird angemerkt, dass es für die Psychiatrie noch kein adäquates Qualitätssicherungssystem gibt.

**Gruppe D - Wissenschaftliche Einrichtungen** In einigen Bereichen, wie der Gerontopsychiatrie, hätte es durch das PEPP-Entgeltsystem Erlössteigerungen gegeben. Die Leistungsgerechtigkeit sei nicht gegeben, da der Fokus stattdessen mehr auf dem Diagnose- und Institutionsbezug liegt. In der Behandlung gebe es große Unterschiede zwischen Psychiatrie und Psychosomatik. Es sei noch nicht klar, ob Einrichtungen mit hohen therapeutischen Leistungen eine höhere Vergütung erzielen. Nötig wäre die Aktualisierung der PSYCH-PV; dabei müssten Mindeststandards für das Personal festgelegt werden. Die strukturellen Besonderheiten der Kliniken fänden zu wenig Einfluss. Krankenhäuser, die um gute Qualität bemüht sind, mehr Leistung zu den PatientInnen bringen und dafür ggf. die Verwaltung verschlanken, bekämen durch die mittels PEPP erreichte Mittelung eine geringere Vergütung. Die Qualitätssicherung sollte nicht durch ein Vergütungssystem erfolgen. Qualitätssicherung sollte entweder durch den MDK mittels Betrachtung der Basiskodes erfolgen oder an einer erhöhten Personalausstattung festgemacht werden.

## 10.8. Akzeptanz insgesamt

### Deskriptive Analyse der Primärdaten

#### TGPS

**Gruppe A - Leistungsempfänger** Die Vertreter der Leistungsempfänger geben vor allem die langjährige Erfahrung mit dem System als Grund für die allgemeine Akzeptanz an. Das System eröffne unternehmerische Freiheiten.

**Gruppe B - Leistungserbringer** Es werde moniert, dass einerseits verbindliche Personalvorgaben gemacht würden, der Gesetzgeber sich aber nie dazu durchgerungen habe, diese auch in Höhe der vollen Personalkosten zu bezahlen. Ein zentraler Punkt sei daher, dass die Ausfinanzierung des Personals fehle. Die Flexibilität, wie man mit Personal und Personalkosten umgeht, war nach Angaben dieser Akteure die Stärke dieses Systems. Dass dieses System nicht mitgewachsen ist, sei in den letzten 20 Jahren ein Kernproblem gewesen.

**Gruppe C - Leistungsträger** Als entscheidende Kritikpunkte an dem System der TGPS werden von den Leistungsträgern die geringe Kostengerechtigkeit und Transparenz genannt. Die Handhabbarkeit wird aus pragmatischer bzw. verwaltungsökonomischer Sicht als gut bezeichnet. Darüber hinaus wurde kritisch angemerkt, dass Multimorbidität in dem System nicht abgebildet sei. Ein System solle dazu da sein, Daten zu generieren. Wichtig sei die Dokumentation für die Versorgungsforschung. Ein Leistungserbringer spricht davon, dass die psychiatrischen Krankenhäuser „verwöhnt“ seien.

**Gruppe D - Wissenschaftliche Einrichtungen** Die Akzeptanz der wissenschaftlichen Einrichtungen ist mittelmäßig bis hoch. Einerseits sei das System stark veraltet. Bereiche, wie die Gerontopsychiatrie, hätten sich in den letzten 25 Jahren stark verändert und die Verweildauer sei grundsätzlich stark gesunken (61 auf 28 Tage), entsprechend sei der Personaleinsatz gestiegen. Einige Einrichtungen würden höher vergütet werden als andere. Auf der anderen Seite wäre der Dokumentationsaufwand wesentlich geringer, was in einem deutlich geringen Arbeitsaufwand resultiere.

#### PEPP

**Gruppe A - Leistungsempfänger** Das PEPP-Entgeltsystem wird prinzipiell vom Ansatz her für nicht geeignet gehalten. Es wird bezweifelt, dass die Behandlung in irgendeiner Weise durch das PEPP-Entgeltsystem verbessert werde. Das Vergütungssystem habe mit der Praxis der Behandlung wenig zu tun. Das PEPP-Entgeltsystem mache Vorgaben, was

zu tun sei, welche Leistungen wie differenziert seien. Das Vergütungssystem wolle etwas vergleichbar machen, was schwer vergleichbar zu machen sei. Es gebe keine sinnvollen bzw. nicht ausreichende Kostentrenner, die die Existenz dieses Vergütungssystems rechtfertigen würden. Das Vergütungssystem setze Fehlanreize, die Behandlungen nach finanziellen Gesichtspunkten zu optimieren und nicht nach dem, was PatientInnen medizinisch benötigen würden. Zudem würden Anreize gesetzt, PatientInnen frühzeitig zu entlassen. Einer der Akteure favorisiert ein normatives, versorgungsgerechtes System.

**Gruppe B - Leistungserbringer** Es wird der Standpunkt vertreten, dass es nicht möglich sei, die psychiatrischen Behandlungen so standardisiert abzubilden, wie es in der Somatik der Fall sei. Wenn man anerkenne, dass nicht das gemessen werden könne, was man hier messen wolle, bräuchte man einen anderen Systemansatz. Die große Herausforderung für die Zukunft sieht ein Akteur darin, die Personalanforderungen mit der Finanzierung in Einklang zu bringen. Dies wird im Moment noch als sehr unbefriedigend empfunden. Leitliniengerechtere Versorgung sei im PEPP-Entgeltsystem eher möglich als bei den TGPS. Ein Vertreter meint, er sei nicht überzeugt, dass das PEPP-Entgeltsystem für die PatientInnenversorgung und für die Kostengerechtigkeit einen Fortschritt gebracht habe. Die Leistungserbringer wollen ihr Geld vernünftig für die PatientInnen einsetzen. Dazu müssten Anreize geschaffen werden, die das PEPP-Entgeltsystem nicht bieten würde.

**Gruppe C - Leistungsträger** Grundsätzlich wird das PEPP-Entgeltsystem von diesen Akteuren positiv angenommen. Das System habe sich in die richtige Richtung entwickelt, da es mehr Leistungsbezug und mehr Transparenz implementiere. Positiv hervorgehoben wird die angestiegene Quantität der Dokumentation und dass man sich nun ein besseres Bild vom Patienten machen könne. Es wurde jedoch ein einheitlicher Verbesserungsbedarf innerhalb der Dokumentation und Leistungsbeschreibung angemerkt. Das Problem werde dabei nicht nur innerhalb des Systems gesehen, sondern auch im Umfeld. So habe die Umstellung zu vielen Krawallen und Aufständen geführt. Diese werden mit Verweis auf die budgetneutrale Phase als unbegründet angesehen. Es herrsche eine große Verunsicherung aufgrund der Umstellung. Es entstehe eine schwierige Situation durch die Blockadehaltung einzelner Akteure. Da die Grundwerte der Entgeltfindung mittlerweile geändert wurden, sinke die Akzeptanz. Weiterhin wird von einem Vertreter betont, dass die Kostenträger im Falle des PEPP-Entgeltes für die Innovation hätte zahlen müssen. Eine Korrelation von Leistung und Vergütung wie beim DRG-System sei so nicht zu erreichen.

**Gruppe D - Wissenschaftliche Einrichtungen** PEPP stößt bei den wissenschaftlichen Einrichtungen auf eine geringe Akzeptanz. Bemängelt wird eine Verschlechterung des Arbeitsklimas, die vor allem durch ein geringes Verständnis für das Vergütungssystem begründet ist. Der geringe Zuspruch entsteht ebenfalls durch den hohen Bürokratie-, Dokumentations- und MDK-Aufwand. Da Prozessmerkmale weniger gewürdigt werden

als Strukturmerkmale, werde die Psychosomatik zu gering bewertet. Im Bereich dieser Aspekte bedürfe es einer Verbesserung. Mit dem PEPP-Entgeltsystem sei sicherlich Gutes gewollt, es entstünden allerdings Nachteile für die PatientInnenversorgung, die überwiegen. Das Festhalten an PEPP wird kritisiert.

## 10.9. Diskussion

Bezüglich der Teilaspekte der Transparenz lässt sich feststellen, dass sich die Aussagen der Akteure zu den beiden betrachteten Vergütungssystemen deutlich unterscheiden. In Bezug auf die Ergebnistransparenz des TGPS-Systems herrscht bei den vier Akteursgruppen weitgehende Übereinstimmung bezüglich der relativ geringen Nachvollziehbarkeit, insbesondere hinsichtlich des tatsächlichen Leistungsgeschehens des abgerechneten Falls. Beim PEPP-Entgeltsystem wird hingegen vonseiten der Leistungsträger die erhöhte Transparenz hervorgehoben, da insbesondere die inhaltliche Transparenz erhöht werde. Der gesamtwirtschaftliche Nutzen wird jedoch noch als kritisch angesehen, da bisher unklar ist, ob die Aufwandsunterschiede korrekt abgebildet werden. Hier sehen die Seiten der Leistungserbringer und Leistungsempfänger ebenfalls zentrale Kritikpunkte an der Ergebnistransparenz des PEPP-Entgeltsystems, speziell im Hinblick auf die inadäquate Abbildung der realen Behandlungsverläufe. Die Wissenschaftsvertreter merken hier zudem die notwendige Differenzierung zwischen Diagnosen und tatsächlichem Schweregrad der Erkrankung an, da eine Fallungenauigkeit bei der Entwicklung des Systems in Kauf genommen wurde, welche durch zukünftige Entwicklungen des Systems adressiert werden könnte.

Zur Verfahrenstransparenz der TPGS herrscht bei den Akteuren weitgehende Übereinstimmung, da das System überwiegend als simpel, aber dadurch als nachvollziehbar und praktikabel erachtet wird. Beim PEPP-Entgeltsystem stellen alle Akteure fest, dass ein hoher Komplexitätsgrad vorliegt, der vor allem durch die Vertreter der Leistungsempfänger und Leistungserbringer als kritisch eingestuft wird. Die Wissenschaftler erklären dies durch die Diskrepanz zwischen erbrachter Leistung und erzielter Vergütung sowie durch das erhöhte Fehlerpotenzial bei der Kodierung.

Die Qualitätstransparenz wurde beim TGPS-System überwiegend in Bezug auf Fehlanreize bei der Verweildauer sowie strategisches Vorgehen bei den jährlichen Budgetverhandlungen kritisiert. Hier ist hervorzuheben, dass die Fehlanreize in Bezug auf die Verweildauer von Vertretern der Leistungsempfänger und der Leistungserbringer ebenfalls als Problemfeld eingestuft werden. Hinsichtlich des PEPP-Entgeltsystems sind sich die Akteure einig, dass das komplexere System insbesondere in der Phase des Umstiegs zu Fehlkodierungen führen kann. Seitens der Leistungsempfänger werden zudem Befürchtungen bezüglich der gegebenenfalls sinkenden Qualität der Versorgung geäußert, die aus Vergütungsanreizen des PEPP-Entgeltsystems resultieren könnten. Dies stellen auch die Vertreter der Wissenschaft fest, die eine geringere Eindeutigkeit und eine damit einhergehende höhere Uneinheitlichkeit des Systems bemängeln.

Die Transparenz des TPGS-Systems insgesamt wird von den Akteuren relativ einheitlich als gering eingestuft, da sowohl für Leistungserbringer als auch für Leistungsträger - bezogen auf den Einzelfall - kaum Transparenz hinsichtlich des Ressourcenaufwands vorliegt. Auch bezüglich des PEPP-Entgeltsystems sehen die Akteure die Transparenz insgesamt relativ kritisch, jedoch aufgrund unterschiedlicher Ursachen. So sehen die Leistungserbringer die Verteilung der abgerechneten Leistungen auf eine geringe Anzahl PEPPs kritisch, während die Leistungsträger insbesondere die Abbildung der Behandlungsleistung an sich als noch nicht ausreichend erachten.

Bezüglich des Aufwands im TPGS-System sind sich die Akteure im Wesentlichen darüber einig, dass dieser bei allen Beteiligten vergleichsweise gering ist. Erhöhter Aufwand entsteht hauptsächlich in Vorbereitung auf die Budgetverhandlungen. Im PEPP-Entgeltsystem wird hingegen der Dokumentations-, Prüfungs- und Controlling-Aufwand von Leistungserbringern und Leistungsempfängern als hoch eingestuft. Bei den Leistungsträgern wird diese Einschätzung des erhöhten Dokumentationsaufwandes nur zum Teil ebenso gesehen, wobei hier auch auf den Umstellungsaufwand auf ein neues System verwiesen wird. Die Gruppe der Wissenschaftler stellt bei allen Beteiligten deutlichen Schulungsaufwand und erhöhten Dokumentationsaufwand fest.

Im Hinblick auf die Praktikabilität sind sich alle Akteure einig, dass das TPGS-System praktikabel sei. Auch bezüglich des PEPP-Entgeltsystems sind sich die Akteure im Wesentlichen einig, jedoch wird hier eine vergleichsweise geringere Praktikabilität aufgrund der höheren Komplexität und des gestiegenen Aufwandes festgestellt. Die Kostengerechtigkeit im TPGS-System wird von allen Akteuren als gering eingestuft, da die Differenzierung im Einzelfall kaum möglich ist und Querfinanzierungen im Budgetsystem möglich sind. Zudem wird auf die historische Komponente der krankenhausindividuellen Budgets hingewiesen. Das PEPP-Entgeltsystem wird von Leistungsträgern als kostengerechter angesehen, während die Leistungserbringer zwar grundsätzlich eine höhere Leistungsgerechtigkeit feststellen (mehr Geld für aufwendigere PatientInnen), jedoch die Annahme der Kostendegression als kritisch erachten. Die Leistungsempfänger teilen die Ansicht der erhöhten Kostengerechtigkeit nur in geringem Maße, während die Vertreter der wissenschaftlichen Einrichtungen noch Unklarheiten hinsichtlich der Auswirkungen des PEPP-Entgeltsystems auf die Kostengerechtigkeit sehen.

Die Akzeptanz insgesamt wird im TPGS-System aufgrund der historisch gewachsenen, langjährigen Erfahrungen mit dem System von den Akteuren eher als hoch eingestuft. Jedoch wird speziell von den Leistungsträgern und den Akteuren aus der Wissenschaft hervorgehoben, dass das System inzwischen veraltet sei und den Behandlungsalltag (u. a. gesunkene Verweildauern und damit verbundener erhöhter Personaleinsatz) nicht mehr akkurat widerspiegele. Das PEPP-Entgeltsystem wird hinsichtlich der Akzeptanz insgesamt von den PatientInnenvertretern als kritisch eingestuft, da es mit der Behandlungspraxis wenige Berührungspunkte habe und Fehlanreize zur „Behandlungsoptimierung“ nach finanziellen Aspekten setze. Die Gruppe der Leistungserbringer sieht das PEPP-

Entgeltsystem im Hinblick auf die Akzeptanz ebenfalls als kritisch an, im Speziellen wird hier die Herausforderung genannt, zukünftig die Personalanforderungen mit der Finanzierung in Einklang zu bringen, vor allem da die psychiatrischen Behandlungen kaum derart standardisiert abgebildet werden können, wie es z. B. im DRG-System der Fall sei. Seitens der Leistungsträger zeigt sich insgesamt ein positiveres Akzeptanzbild, hier werden die Zunahme an Transparenz und die gestiegene Quantität der Dokumentation hervorgehoben. Allerdings sieht auch diese Akteursgruppe Verbesserungsbedarf innerhalb der zur Dokumentation verwendeten PEPP-Kodes. Die Gruppe der wissenschaftlichen Einrichtungen bemängelt die Akzeptanz des PEPP-Entgeltsystems, besonders wegen des geringeren Verständnisses für das Vergütungssystem und des erhöhten Dokumentationsaufwands.

Zusammenfassend betrachtet, lässt sich aufgrund der vorgestellten Aussagen der Akteure konstatieren, dass zum PEPP-Entgeltsystem hinsichtlich der medizinisch und ökonomisch transparenten Darstellung von Behandlungsleistungen keine einheitlich positiven Auswirkungen festgestellt werden. Vielmehr muss nach Teilaspekten der Transparenz differenziert werden. Es zeigen sich bei der Betrachtung auf Einzelfallebene, bezogen auf die Nachvollziehbarkeit des Ressourcenaufwands und der Vergütung, Fortschritte gegenüber dem TGPS-System. Hinsichtlich der Akzeptanz des PEPP-Entgeltsystems stellen die beteiligten Akteure fest, dass ein erhöhter Aufwand und eine geringere Praktikabilität zu einer geringeren Akzeptanz des Systems führen (mit Verlagerung aus der PatientInnenversorgung in den administrativen Bereich). Aus der vorliegenden Analyse lässt sich zudem vor dem Hintergrund der Aussagen über die Kostengerechtigkeit schließen, dass, sofern die Evidenzlage hinsichtlich dieses Teilaspektes zukünftig verbessert werden kann, der Aspekt der Kostengerechtigkeit noch maßgeblich zur Akzeptanz des PEPP-Entgeltsystems beitragen könnte.

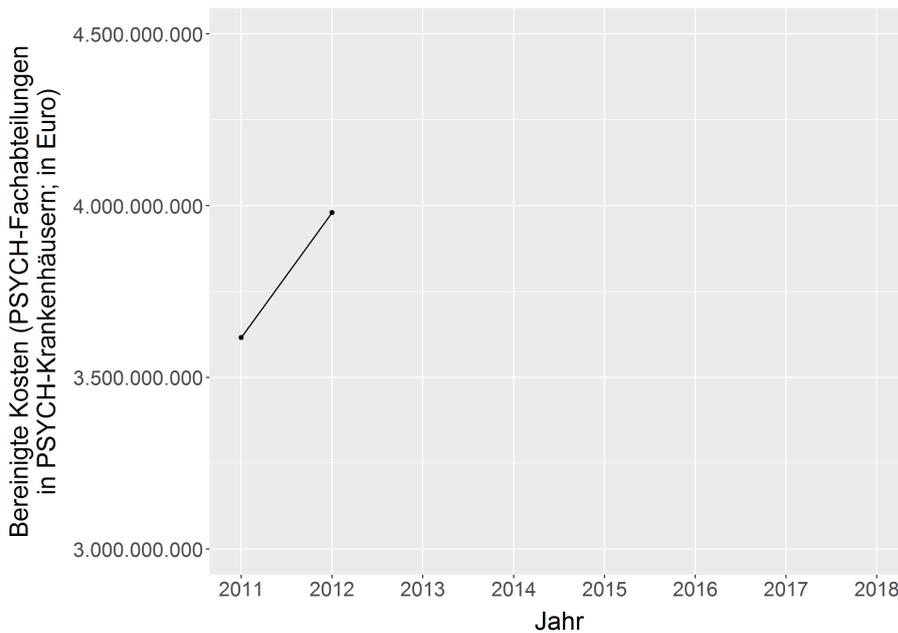
# 11. Sonstige Veränderungen in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Weitere Bereiche, die von Änderungen der Vergütungssystematik beeinflusst werden, sind die Kosten für Krankenhäuser bzw. die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach der Einführung des DRG-Systems in Deutschland wurde eine Steigerung der Wachstumsrate bei den Ausgaben für die GKV beobachtet [4]. Von 67,1 Mrd. Euro im Jahr 2005 stiegen die stationären Ausgaben 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 nichtstationärer Kosten (zum Beispiel Ambulanz, wissenschaftliche Forschung und Lehre) der PSYCH-Krankenhäuser über den Zeitverlauf.

Ebenfalls von Bedeutung sind grundsätzlich Fragen zu den Auswirkungen des PEPP-Entgeltsystems auf nicht-monetäre Faktoren wie z. B. die Vergütungsgerechtigkeit oder strukturelle Merkmale von Krankenkassen (z. B. IT-Ausstattung, Verwaltungs- und Personalaufwand, Tätigkeitsprofil der MitarbeiterInnen, Organisation der Fallprüfungen) sowie die Entwicklung der Anzahl und des Inhalts von Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V. Diese Indikatoren werden - gemäß Forschungsauftrag - allerdings erst im Rahmen zukünftiger Analysezyklen erhoben und ausgewertet.

Für die vorliegende Begleitforschung werden anhand von Daten des Statistischen Bundesamtes Werte und Trends der bereinigten Kosten der PSYCH-Krankenhäuser im Zeitraum vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems analysiert.



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.3

Abbildung 11.1.: Bereinigte Kosten (PSYCH-Fachabteilungen in PSYCH-Krankenhäusern; in Euro)

## 11.1. Vergütungsgerechtigkeit

Die für dieses Unterkapitel vorgesehenen Daten sind nicht Bestandteil der Erhebungen und Auswertungen für die Datenjahre 2011 bis 2012. Dementsprechend werden Ergebnisse zu den Indikatoren dieses Unterkapitels erst im Rahmen zukünftiger Forschungszyklen berichtet.

## 11.2. Kosten der Krankenhäuser

### Deskriptive Analyse Sekundärdaten

Den folgenden Auswertungen liegen Kostendaten des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 12 - Kostennachweis der Krankenhäuser) zugrunde. Hierin werden für verschiedene Krankenhaustypen unter anderem Personal- und Sachkosten nach Funktionsbereichen bzw. Kostenarten sowie Kennziffern für Gesamtkosten ausgewiesen.<sup>10</sup>

Die Kosten der Krankenhäuser werden grundsätzlich nach dem sog. Bruttoprinzip ermittelt. Das bedeutet, dass auch nicht-stationäre Kosten (z. B. Kosten für Personalunterkunft und -verpflegung, Hilfsbetriebe, wissenschaftliche Forschung und Lehre, ambulante Leistungen von ÄrztInnen des Krankenhauses, Ambulanz des Krankenhauses, Kosten der Arz-

<sup>10</sup>Allgemeine Krankenhäuser, sonstige Krankenhäuser (z. B. Krankenhäuser mit psychiatrischen, psychotherapeutischen, neurologischen und geriatrischen Betten), Bundeswehrkrankenhäuser.

tausbildung 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.

Abbildung 11.1 weist die Entwicklung der bereinigten Kosten für psychiatrische Krankenhäuser (Krankenhäuser mit ausschl. psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten) in den Jahren 2011 bis 2012 aus. Diese betragen 3 616 023 230 Euro in 2011 und 3 979 765 330 Mrd. Euro in 2012.

Bereits im Zeitraum von 2008 bis 2010 sind die bereinigten Kosten von 3 166 321 323 Mrd. Euro in 2008 auf 3 455 698 640 Mrd. Euro in 2010 gestiegen, was einem Anstieg um 9,1 Prozent entspricht.

Dabei ist allerdings 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 beiden betrachteten Jahre hinweg nur mit großer Vorsicht zu interpretieren. Der Indikator kann unter <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=4001&criteria=Gesamt&tab=lineChart> online abgerufen werden.

### 11.3. Leistungsausgaben der GKV

#### Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

Die im folgenden Unterkapitel analysierten Leistungsausgaben der GKV beziehen sich insbesondere auf die Kosten für voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V (einschließlich der Mehrkosten nach § 39 Abs. 2 SGB V). Die hierfür als Datenquelle herangezogene KJ1-Statistik enthält allerdings 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. Dementsprechend erfolgt an dieser Stelle eine Bestandsaufnahme nur für das Datenjahr 2012. Die Ausgaben der GKV für voll- und teilstationäre Behandlungen in psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Krankenhäusern betragen im Jahr 2012 5 463 116 275 Euro, siehe <https://bfpsy.inek.org/#/?indicator=6301&criteria=Gesamt&tab=lineChart>. Der Anteil dieser Ausgaben an allen Ausgaben, die in der GKV in 2012 für voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlungen anfielen, betrug 9,3 Prozent.

Ausgaben für vor- und nachstationäre Behandlungen in psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Krankenhäusern (Konto 4613) fielen in 2012 in Höhe

von 12 077 000 Euro an. Gemessen an allen Ausgaben der GKV für vor- und nachstationäre Behandlungen bedeutete dies einen Anteil von 3,4 Prozent.

## **11.4. Strukturen von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen**

Die für dieses Unterkapitel vorgesehenen Daten sind nicht Bestandteil der Erhebungen und Auswertungen für die Datenjahre 2011 bis 2012. Dementsprechend werden Ergebnisse zu den Indikatoren dieses Unterkapitels erst im Rahmen zukünftiger Forschungszyklen berichtet.

## **11.5. Modellvorhaben nach § 64b SGB V**

Die für dieses Unterkapitel vorgesehenen Daten sind nicht Bestandteil der Erhebungen und Auswertungen für die Datenjahre 2011 bis 2012. Dementsprechend werden Ergebnisse zu den Indikatoren dieses Unterkapitels erst im Rahmen zukünftiger Forschungszyklen berichtet.

## **11.6. Diskussion**

Grundsätzlich sind Veränderungen der Indikatoren dieses Kapitels schwer zu interpretieren, da sich für alle zur Verfügung stehenden Indikatoren im Beobachtungszeitraum die Grundgesamtheit bzw. der Differenzierungsgrad für die Erhebung der Kosten bzw. der Leistungsausgaben verändert hat.

Die beobachtete Kostensteigerung bei den bereinigten Kosten der PSYCH-Krankenhäuser von 2011 auf 2012 von 10,1 Prozent liegt oberhalb der Zunahme in der Vergangenheit. Z. B. sind im Zeitraum von 2008 bis 2010 die bereinigten Kosten von 3,2 Mrd. Euro in 2008 auf 3,5 Mrd. Euro in 2010 gestiegen, was lediglich einem Anstieg von 9,1 Prozent über 2 Jahre entspricht. Zumindest teilweise kann die Kostensteigerung bei den bereinigten Kosten auf den zeitgleich erfolgten Anstieg der Behandlungstage um 4,0 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 10,6 Prozent auf 3,2 Mrd. Euro – im ärztlichen Dienst sogar um 13,0 Prozent. Dieser Anstieg der Personalkosten fällt im Vergleich zum Vorberichtszeitraum von 2008 bis 2011, mit im Mittel 5,0 Prozent pro Jahr, mehr als doppelt so hoch aus. Dies liegt vermutlich vor allem an den seit dem Jahr 2012

geänderten Regeln in der Vergütung und im Ausgleich von Bereitschaftsdiensten. So sind z. B. seit dem Jahre 2012 Bereitschaftsdienste zwischen 21.00 Uhr und 06.00 Uhr 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 Mitarbeiter, sondern brachte auch das Erfordernis mit sich, 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 Entwicklung des Indikators ist, wie bereits in der deskriptiven Datenanalyse erwähnt, auf die veränderte Grundgesamtheit, der für diesen Indikator jeweils in 2011 und 2012 relevanten PSYCH-Krankenhäuser, zurückzuführen.

Bei zukünftigen Interpretationen der Kosten der Krankenhäuser und der Leistungsausgaben der GKV ist zusätzlich zu beachten, dass sich sowohl die Arbeitsmarktsituation als auch die Strukturen in der Leistungserbringung (z. B. durch Outsourcing, lokale Struktur der nicht-stationären Versorgungsbereiche inkl. Modellprojekte und integrierte Versorgung) über die Zeit verändern und damit einen Einfluss auf die zu messenden Parameter haben. Außerdem muss berücksichtigt werden, dass steigende Aufwendungen für den Ausbildungsfonds sowohl die Brutto-Gesamtkosten als auch die bereinigten Kosten erhöhen. Insofern wird ein Vergleich mit den Vorjahren immer nur eingeschränkt möglich sein. Im Hinblick auf die Einführung des PEPP-Entgeltsystems wird deshalb geprüft werden müssen, ob sich vor und nach der Intervention Änderungen oder Trendbrüche in der dokumentierten Entwicklung nachweisen lassen.

## 12. Ausblick

Der vorliegende Endbericht über den initialen Zyklus 2011 bis 2012 der begleitenden Forschung zur Einführung des PEPP-Entgeltsystems verfolgt - im Sinne einer Untersuchung intertemporaler Veränderungen - den primären Zweck, verschiedene Indikatoren aufzunehmen und diese beschreibend zu diskutieren. Die Jahre 2011 und 2012 beschreiben die Datenlage vor der optionalen Einführung des PEPP-Entgeltsystems und damit vor dessen direkten Auswirkungen auf Leistungserbringer, -empfänger und andere Akteure.

Auf Basis der kommenden Datenjahre werden zusätzliche Informationen aus Primär- und Sekundärdatenquellen herangezogen, um ein ganzheitliches Bild der skizzierten Themenblöcke zu erstellen. Unter anderem sind dies Befragungen der Krankenhäuser, Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen sowie GKV-Routinedaten nach § 295 und § 301 SGB V. Außerdem werden zusätzliche Daten aus der Options- und Anpassungsphase der PEPP-Einführung verwendet, die den zwei Jahren vor der freiwilligen Anwendungen von PEPP und später der verpflichtenden, budgetneutralen Phase gegenübergestellt werden können. Drittens werden auch Individualdaten (z. B. Leistungsdaten nach § 21 KHEntgG) herangezogen, um detailliertere und differenziertere Analysen durchzuführen. Erst dann werden Veränderungen, die möglicherweise im Zusammenhang mit der (freiwilligen) Einführung des PEPP-Entgeltsystems stehen, inferenzstatistisch untersucht werden können.

# Literaturverzeichnis

- [1] Daron Acemoglu and Amy Finkelstein. Input and technology choices in regulated industries: evidence from the health care sector. *Journal of Political Economy*, 116(5):837–880, 2008.
- [2] Angelo Barbato, Martine Vallarino, Filippo Rapisarda, Antonio Lora, and José Miguel Caldas de Almeida. Access to mental health care in Europe, 2016.
- [3] Pedro Barros and Gisele Braun. Upcoding in a national health service: the evidence from portugal. *Health Economics*, 26(5):600–618, 2017.
- [4] Matthias Bäuml, Mathias Kifmann, and Christian Kümpel. Entwicklung des Krankenhausmarktes. *Wirtschaftsdienst*, 96(12):932–934, 2016.
- [5] Paolo Berta, Giuditta Callea, Gianmaria Martini, and Giorgio Vittadini. The effects of upcoding, cream skimming and readmissions on the italian hospitals efficiency: a population-based investigation. *Economic Modelling*, 27(4):812 – 821, 2010.
- [6] Henrike Bruns and Tanja Henking. Unterbringungen und Zwangsbehandlungen in Zahlen. In Tanja Henking and Jochen Vollmann, editors, *Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2015.
- [7] Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen - Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2016.
- [8] Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen - Fachserie 12 Reihe 6.1.2, 2016.
- [9] Statistisches Bundesamt. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung: Krankenhäuser, 2017. URL <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/GDKrankenhaeuserJahreOhne100000.html;jsessionid=34AE6992824958BA3410026BB52D16B2.InternetLive2>.
- [10] Bundesamt für Justiz. Betreuung, 2017. URL [https://www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/Buergerdienste/Justizstatistik/Betreuung/Betreuung\\_\\_node.html](https://www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/Buergerdienste/Justizstatistik/Betreuung/Betreuung__node.html).
- [11] 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](https://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Betreuungsverfahren.pdf?__blob=publicationFile&v=12).
- [12] 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](https://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Geschaeftsentwicklung__Amtsgerichte.pdf?__blob=publicationFile&v=12).

- [13] Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. *Handbuch PatVerfü. Geisteskrank? Ihre eigene Entscheidung. Die schlaue Patientenverfügung für ein selbstbestimmtes Leben ohne Zwangspsychiatrie. Tipps und Hintergründe zur Nutzung der PatVerfü.* Verein zur Förderung der sozialpolitischen Arbeit, Neu-Ulm, 2012.
- [14] 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.
- [15] Jose Miguel Caldas and H Killaspy. Long-term mental health care for people with severe mental disorders, 2011.
- [16] Grace M. Carter, Joseph P. Newhouse, and Daniel A. Relles. How much change in the case mix index is drg creep? *Journal of Health Economics*, 9(4):411 – 428, 1990.
- [17] Leighton Chan and 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.
- [18] David M. Cutler. The incidence of adverse medical outcomes under prospective payments. *Econometrica*, 63(1):29–50, 1995.
- [19] Leemore S. Dafny. How do hospitals respond to price changes? *American Economic Review*, 95(5):1525–1547, 2005.
- [20] Simone Dahrouge, William Hogg, Natalie Ward, Meltem Tuna, Rose Anne Devlin, Elizabeth Kristjansson, Peter Tugwell, and 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.
- [21] Karen Davis, Stephen C. Schoenbaum, and Anne-Marie Audet. A 2020 vision of patient-centered primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(10):953–957, 2005.
- [22] Lois M. Davis, Kenneth B. Wells, William H. Rogers, Bernadette Benjamin, Grayson Norquist, Katherine L. Kahn, Jaqueline Kosecoff, and Robert H. Brook. Effects of Medicare’s prospective payment system on service use by depressed elderly inpatients. *Psychiatric Services*, 46(11):1178–1184, 1995.
- [23] DIMDI. Wie wird mit der ICD-10-GM kodiert?, 2014. URL <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/anwendung/beispiel.htm>.
- [24] Deborah Dobrez, Allen W. Heinemann, Anne Deutsch, Larry Manheim, and Trudy Mallinson. Impact of Medicare’s prospective payment system for inpatient rehabilitation facilities on stroke patient outcomes. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 89:198–204, 2010.
- [25] Avedis Donabedian. *Aspects of medical care administration.* Harvard University Press, Cambridge, 1974.

- [26] Avedis Donabedian. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, 260(12): 1743–1748, 1988.
- [27] Damien Echevin and Bernard Fortin. Physician payment mechanisms, hospital length of stay and risk of readmission: evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics*, 36:112–124, 2014.
- [28] Eurostat. Krankenhausbetten für psychiatrische Pflege, 2017. URL <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=tps00047&plugin=1>.
- [29] Wolfgang Gaebel, Hermann Spießl, and Thomas Becker. *Routinedaten in der Psychiatrie: sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung*. Steinkopff-Verlag Heidelberg, 2009.
- [30] Chen Gao, Fei Xu, and Gordon G. Liu. Payment reform and changes in health care in China. *Social Science & Medicine*, 111:10–16, 2014.
- [31] GBE. Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, 2017. URL [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=3&p\\_aid=50102169&nummer=547&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=47770709](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=50102169&nummer=547&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=47770709).
- [32] Frédérique Hoffmann, Frank Andersohn, Klaus Giersiepen, Elke Scharnetzky, and Edeltraut Garbe. Validierung von Sekundärdaten. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 51(10):1118–1126, 2008.
- [33] William C. Hsiao and Daniel L. Dunn. The impact of DRG payment on New Jersey hospitals. *Inquiry*, 24:212–220, 1987.
- [34] Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. *Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych)*. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Siegburg, 2017.
- [35] Hendrik Juerges and Juliane Koeberlein. What explains drg upcoding in neonatology? the roles of financial incentives and infant health. *Journal of Health Economics*, 43: 13 – 26, 2015.
- [36] Michael Kleinknecht-Dolf, Irena Anna Frei, Elisabeth Spichiger, Marianne Muller, Jacqueline S. Martin, and Rebecca Spirig. Moral distress in nurses at an acute care hospital in Switzerland: results of a pilot study. *Nursing Ethics*, 22:77–90, 2015.
- [37] Daniel Z. Louis, Elaine J. Yuen, Marta Braga, Americo Cicchetti, Carol Rabinowitz, Christine Laine, and 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.

- [38] Kenneth G. Manton, Max A. Woodbury, James C. Vertrees, and Patrick J. E. Stallard. Use of Medicare services before and after introduction of the prospective payment system. *Health Services Research*, 28:269–292, 1993.
- [39] Michael Millman. *Access to Health Care in America*. The National Academies Press, Washington, DC, 1993.
- [40] Elizabeth Muggah, William Hogg, Simone Dahrouge, Grant Russell, Elizabeth Kristjansson, Laura Muldoon, and 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.
- [41] John P. Murray. Physician satisfaction with capitation patients in an academic family medicine clinic. *The Journal of Family Practice*, 27(1):108–113, 1988.
- [42] Abdelhak Nassiri and Lise Rochaix. Revisiting physicians’ financial incentives in quebec: a panel system approach. *Health Economics*, 15(1):49–64, 2005.
- [43] Edward C. Norton, Courtney Harold Van Houtven, Richard C. Lindrooth, Sharon-Lise T. Normand, and Barbara Dickey. Does prospective payment reduce inpatient length of stay? *Health Economics*, 11(5):377–387, 2002.
- [44] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie and Psychosomatik und Nervenheilkunde e V. (DGPPN) für die Entgelt-Plattform der Fachgesellschaften und Verbände für Psychiatrie und Psychosomatik. Konzept eines budgetbasierten Entgeltsystems für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. *Der Nervenarzt*, 86(11):1400–1402, 2015.
- [45] Xufeng Qian, Louise B. Russell, Elmira Valiyeva, and 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.
- [46] Wilhelm Rotthaus, Hendrik Graf, and Dieter Banaski. *Psychiatrie-Personalverordnung: Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2010.
- [47] Donald B Rubin. Estimating causal effects of treatments in randomized and nonrandomized studies. *Journal of Educational Psychology*, 66(5):688, 1974.
- [48] Deutsches Ärzteblatt. Psychiatrische Institutsambulanzen: Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ. 109(40):1981–1983, 2012.
- [49] HJ Salize, A Spengler, and H Dressing. Routinedaten in der dokumentation unfreiwilliger unterbringungs- und behandlungsmaßnahmen. In *Routinedaten in der Psychiatrie*, pages 7–16. Springer, 2009.

- [50] Richard M. Scheffler, Dolores G. Clement, Sophia Sullivan, Teh-Wei Hu, and 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.
- [51] Rainer Schnell, Paul B Hill, and Elke Esser. *Methoden der empirischen Sozialforschung*. R. Oldenbourg, 2008.
- [52] Jonas Schreyögg, Matthias Bäuml, Jonas Krämer, Tilmann Dette, Reinhard Busse, and Alexander Geissler. *Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG*. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Siegburg, 2014.
- [53] Philipp Schuetz, Werner C. Albrich, Isabelle Suter, Balthasar L. Hug, Mirjam Christ-Crain, Thomas Holler, Christoph Henzen, Martin Krause, Ronald Schoenenberger, Werner Zimmerli, and 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.
- [54] Holger Schulz, Dina Barghaan, Timo Harfst, and Uwe Koch. *Themenheft 41 "Psychotherapeutische Versorgung"*. Robert Koch-Institut, Berlin, 2008.
- [55] Lisbeth Serden, Rikard Lindqvist, and 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.
- [56] Elaine Silverman and Jonathan Skinner. Medicare upcoding and hospital ownership. *Journal of Health Economics*, 23(2):369 – 389, 2004.
- [57] Dennis B. Smith and 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.
- [58] Neeraj Sood, Melinda Beeuwkes Buntin, and 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.
- [59] Leah S. Steele, Anna Durbin, Elizabeth Lin, J. Charles Victor, Julie Klein-Geltink, Richard H. Glazier, Brandon Zagorski, and Alexander Kopp. Primary care reform and service use by people with serious mental illness in Ontario. *Healthcare Policy*, 10:31–45, 2014.
- [60] Enno Swart, Peter Ihle, Holger Gothe, and David Matusiewicz. *Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern, 2014.
- [61] Ingeborg Warnke, Wulf Rossler, Carlos Nordt, and 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.

- [62] Kenneth B. Wells, William H. Rogers, Lianne M. Davis, Katherine L. Kahn, G. Norquist, Emmet B. Keeler, Jaqueline Kosecoff, and 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.
- [63] Yu-Ping Wen and 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.
- [64] WHO. What is Quality of Care and why is it important?, 2017. URL [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en).

# Anhang

## A. Fragebogen

Name des Antwortenden (Tel.): \_\_\_\_\_

Sie vertreten welche Einrichtung? \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die Fragen auf dieser Seite bezogen auf das Vergütungssystem mit **tagesgleichen Pflegesätzen**, wie es in den Jahren 2011 und 2012 zur Abrechnung von in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung erbrachten Leistungen verwendet wurde.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, dann gehen Sie einfach zur nächsten weiter.

	Wie bewerten Sie ...	1	2	3	4	5	
1.1.	... die Nachvollziehbarkeit der Vergütung?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
1.2.	... die Nachvollziehbarkeit des Vergütungssystems?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
1.3.	... die Komplexität des Vergütungssystems?	<b>zu simpel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>zu komplex</b>
1.4.	... die Verständlichkeit des Vergütungssystems?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
1.5.	... die Fehleranfälligkeit des Vergütungssystems?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
1.6.	... die Eindeutigkeit des Vergütungssystems?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
1.7.	... den Aufwand des Vergütungssystems?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
1.8.	... die Praktikabilität des Vergütungssystems?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
1.9.	... die Kostengerechtigkeit des Vergütungssystems?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
1.10.	... insgesamt die Transparenz des Vergütungssystems?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
1.11.	... insgesamt <u>Ihre</u> Akzeptanz für das Vergütungssystem?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
1.12.	<p>Gibt es für das hier betrachtete Vergütungssystem weitere relevante Merkmale?                      Wenn ja, dann nennen Sie sie bitte und geben zusätzlich Ihre Bewertungen, wenn möglich auf der oben verwendeten 5-Punkte-Skala (1=sehr gering bis 5=sehr hoch) ab.</p>						

	Raum für Ihre zusätzlichen Freitextangaben zu den Fragen 1.1 bis 1.12
1.1.	
1.2.	
1.3.	
1.4.	
1.5.	
1.6.	
1.7.	
1.8.	
1.9.	
1.10.	
1.11.	
1.12.	

(Zur Erläuterung Ihrer Bewertungen können Sie zusätzliche Blätter verwenden.)

Bitte beantworten Sie die Fragen auf dieser Seite bezogen auf das **PEPP-Entgeltsystem**, wie es ab dem Jahr 2013 zur Abrechnung von in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung erbrachten Leistungen verwendet werden konnte.  
 Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, dann gehen Sie einfach zur nächsten weiter.

	Wie bewerten Sie ...	1	2	3	4	5	
2.1.	... die Nachvollziehbarkeit der Vergütung?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
2.2.	... die Nachvollziehbarkeit des Vergütungssystems?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
2.3.	... die Komplexität des Vergütungssystems?	<b>zu simpel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>zu komplex</b>
2.4.	... die Verständlichkeit des Vergütungssystems?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
2.5.	... die Fehleranfälligkeit des Vergütungssystems?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
2.6.	... die Eindeutigkeit des Vergütungssystems?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
2.7.	... den Aufwand des Vergütungssystems?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
2.8.	... die Praktikabilität des Vergütungssystems?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
2.9.	... die Kostengerechtigkeit des Vergütungssystems?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
2.10.	... insgesamt die Transparenz des Vergütungssystems?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
2.11.	... insgesamt <u>Ihre</u> Akzeptanz für das Vergütungssystem?	sehr gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hoch
2.12.	Gibt es für das hier betrachtete Vergütungssystem weitere relevante Merkmale? Wenn ja, dann nennen Sie sie bitte und geben zusätzlich Ihre Bewertungen, wenn möglich auf der oben verwendeten 5-Punkte-Skala (1=sehr gering bis 5=sehr hoch) ab.						

	Raum für Ihre zusätzlichen Freitextangaben zu den Fragen 2.1 bis 2.12
2.1.	
2.2.	
2.3.	
2.4.	
2.5.	
2.6.	
2.7.	
2.8.	
2.9.	
2.10.	
2.11.	
2.12.	

(Zur Erläuterung Ihrer Bewertungen können Sie zusätzliche Blätter verwenden.)

## **B. Veränderung des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung**

### **B.1. Systematische Literaturübersicht**

### **B.2. Tabellarische Darstellungen**

Tabelle B.1.: Suchbegriffe zu „Veränderungen des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

<b>Versorgungskontext</b>	<b>Intervention</b>	<b>Untersuchungsdesign</b>	<b>Zugang</b>
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	

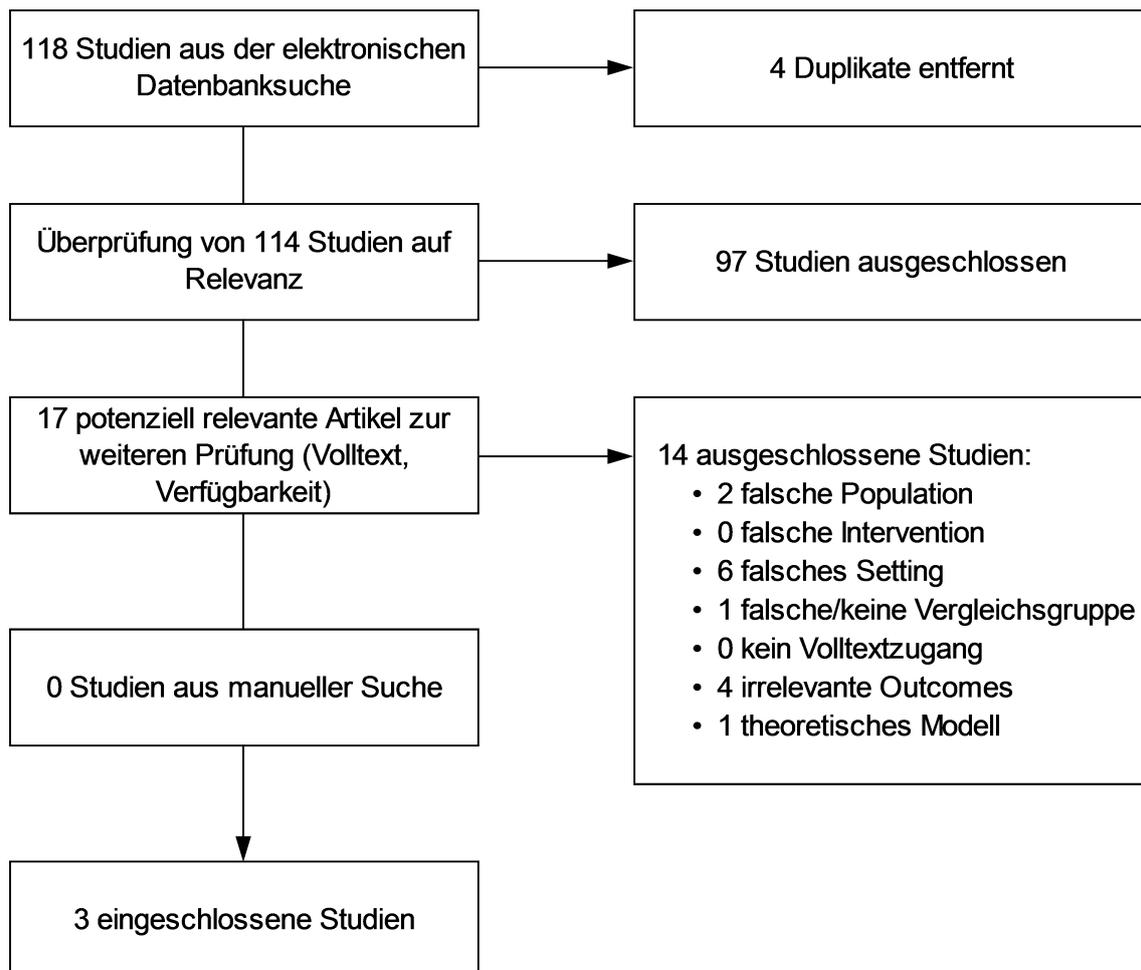


Abbildung B.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

Tabelle B.2.: Anzahl Betten in Krankenhäusern mit regionaler Pflichtversorgung (vollstationär)

<b>Anzahl Betten in Krankenhäusern mit regionaler Pflichtversorgung (vollstationär)</b>	
2011	59.826
2012	59.845
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	59.836
Minimum	59.826
Maximum	59.845

Datenquelle: Landesgesundheitsbehörden

Tabelle B.3.: Anzahl Betten in Krankenhäusern ohne regionale Pflichtversorgung (vollstationär)

<b>Anzahl Betten in Krankenhäusern ohne regionale Pflichtversorgung (vollstationär)</b>	
2011	5.740
2012	5.931
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	5.836
Minimum	5.740
Maximum	5.931

Datenquelle: Landesgesundheitsbehörden

Tabelle B.4.: Anzahl Plätze in Krankenhäusern mit regionaler Pflichtversorgung (teilstationär)

<b>Anzahl Plätze in Krankenhäusern mit regionaler Pflichtversorgung (teilstationär)</b>	
2011	10.881
2012	11.302
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	11.092
Minimum	10.881
Maximum	11.302

Datenquelle: Landesgesundheitsbehörden

Tabelle B.5.: Anzahl Plätze in Krankenhäusern ohne regionale Pflichtversorgung (teilstationär)

<b>Anzahl Plätze in Krankenhäusern ohne regionale Pflichtversorgung (teilstationär)</b>	
2011	5.227
2012	5.370
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	5.299
Minimum	5.227
Maximum	5.370

Datenquelle: Landesgesundheitsbehörden

Tabelle B.6.: Anzahl Krankenhäuser mit regionaler Pflichtversorgung

<b>Anzahl Krankenhäuser mit regionaler Pflichtversorgung</b>	
2011	292
2012	297
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	295
Minimum	292
Maximum	297

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Tabelle B.7.: Anteil nicht in nächstgelegenen Krankenhaus aufgenommener Fälle an allen Fällen (in Prozent)

<b>Anteil nicht in nächstgelegenen Krankenhaus aufgenommener Fälle an allen Fällen (in Prozent)</b>	
2011	38,5
2012	38,8
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	38,7
Minimum	38,5
Maximum	38,8

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Tabelle B.8.: Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)

<b>Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)</b>	
2011	284.613
2012	290.052
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	287.333
Minimum	284.613
Maximum	290.052

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Tabelle B.9.: Kilometer zwischen Wohn- und Behandlungsort (kürzeste Fahrtstrecke)

<b>Kilometer zwischen Wohn- und Behandlungsort (kürzeste Fahrtstrecke)</b>	
2011	31
2012	31
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	31
Minimum	31
Maximum	31

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

## **C. Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung**

**C.1. Systematische Literaturübersicht**

**C.2. Tabellarische Darstellungen**

Tabelle C.1.: Suchbegriffe zu „Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

<b>Versorgungs- kontext</b>	<b>Intervention</b>	<b>Untersuchungs- design</b>	<b>Strukturen</b>
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	

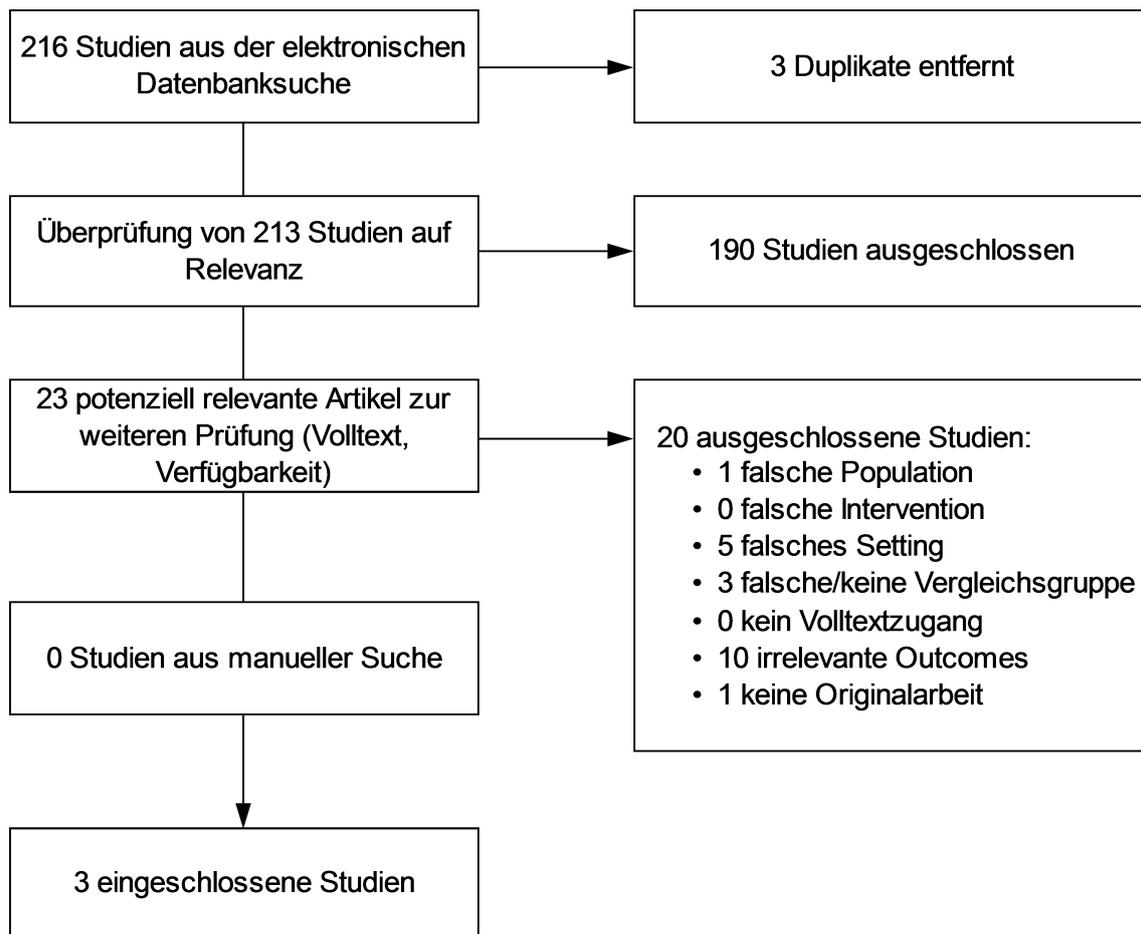


Abbildung C.1.: Studiauswahl zu „Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

Tabelle C.2.: Anzahl Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen

<b>Anzahl Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen</b>	
2011	442
2012	442
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	442
Minimum	442
Maximum	442

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Tabelle C.3.: Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich)

<b>Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich)</b>	
2011	20.538
2012	22.366
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	21.452
Minimum	20.538
Maximum	22.366

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Tabelle C.4.: Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie)

<b>Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie)</b>	
2011	227
2012	229
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	228
Minimum	227
Maximum	229

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Fachserie 12 Reihe 6.1.2

Tabelle C.5.: Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik)

<b>Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik)</b>	
2011	158
2012	164
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	161
Minimum	158
Maximum	164

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Fachserie 12 Reihe 6.1.2

Tabelle C.6.: Ausgaben für Soziotherapie (in Euro)

<b>Ausgaben für Soziotherapie (in Euro)</b>	
2011	3.210.548
2012	3.423.896
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	3.317.222
Minimum	3.210.548
Maximum	3.423.896

Datenquelle: BMG, Daten der KJ1-Statistik

## **D. Veränderungen der Fallzahl in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung**

**D.1. Systematische Literaturübersicht**

**D.2. Tabellarische Darstellungen**

Tabelle D.1.: Suchbegriffe zu „Veränderungen der Fallzahl in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

<b>Versorgungskontext</b>	<b>Intervention</b>	<b>Untersuchungsdesign</b>	<b>Fallzahl</b>
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	

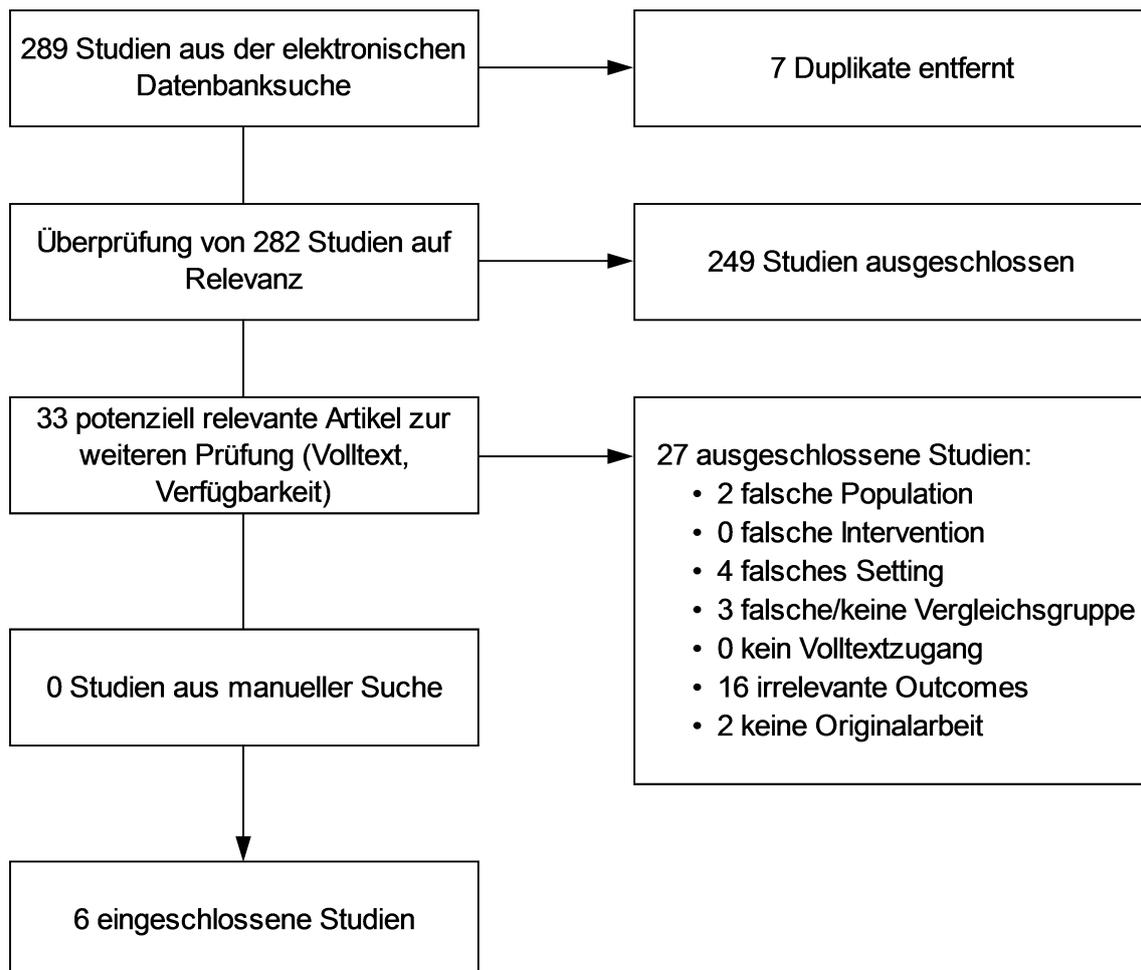


Abbildung D.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen der Fallzahl in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

Tabelle D.2.: Anzahl Fälle

<b>Anzahl Fälle</b>	
2011	1.036.012
2012	1.058.593
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	1.047.303
Minimum	1.036.012
Maximum	1.058.593

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Tabelle D.3.: Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent)

<b>Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent)</b>	
2011	93,6
2012	93,9
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	93,8
Minimum	93,6
Maximum	93,9

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1

Tabelle D.4.: Anzahl Unterbringungsverfahren nach §§ 1906, 1846, 1631b BGB und PsychKG

<b>Anzahl Unterbringungsverfahren nach §§ 1906, 1846, 1631b BGB und PsychKG</b>	
2011	154.187
2012	155.307
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	154.747
Minimum	154.187
Maximum	155.307

Datenquelle: Bundesamt für Justiz

Tabelle D.5.: Anzahl Unterbringungsverfahren nach PsychKG je 100 000 Einwohner

<b>Anzahl Unterbringungsverfahren nach PsychKG je 100.000 Einwohner</b>	
2011	97,29
2012	100,28
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	98,79
Minimum	97,29
Maximum	100,28

Datenquelle: Bundesamt für Justiz

Tabelle D.6.: Anzahl Unterbringungsverfahren nach § 1906 BGB

<b>Anzahl Unterbringungsverfahren nach § 1906 BGB</b>	
2011	59.111
2012	58.813
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	58.962
Minimum	58.813
Maximum	59.111

Datenquelle: Bundesamt für Justiz

Tabelle D.7.: Anzahl Unterbringungsgenehmigungen nach § 1906 BGB

<b>Anzahl Unterbringungsgenehmigungen nach § 1906 BGB</b>	
2011	57.116
2012	56.490
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	56.803
Minimum	56.490
Maximum	57.116

Datenquelle: Bundesamt für Justiz

## **E. Veränderungen der Behandlung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung**

### **E.1. Systematische Literaturübersicht**

### **E.2. Tabellarische Darstellungen**

Tabelle E.1.: Suchbegriffe zu „Veränderungen der Behandlung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

<b>Versorgungs- kontext</b>	<b>Intervention</b>	<b>Untersuchungs- design</b>	<b>Behandlung</b>
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	

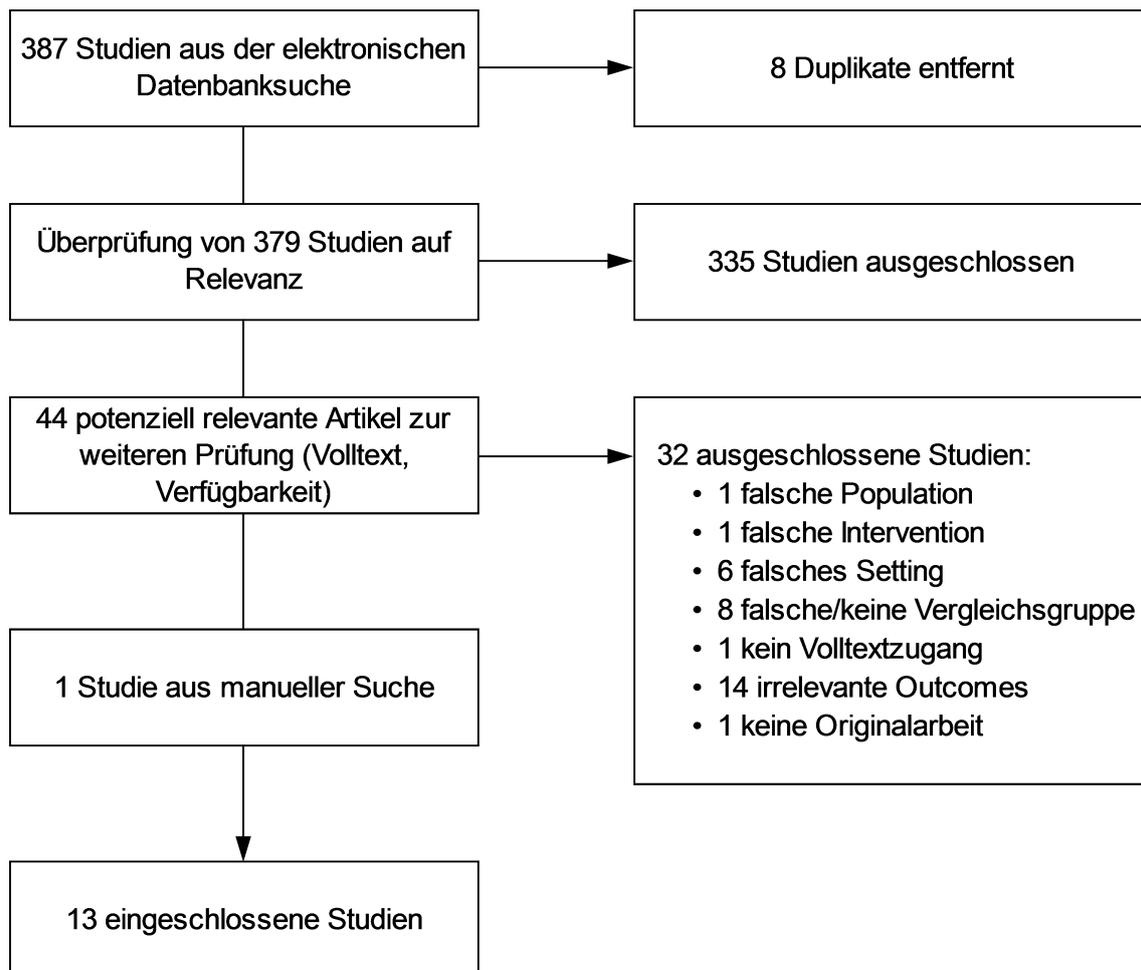


Abbildung E.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen der Behandlung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

Tabelle E.2.: Anzahl Behandlungstage

<b>Anzahl Behandlungstage</b>	
2011	25.532.380
2012	26.552.272
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	26.042.326
Minimum	25.532.380
Maximum	26.552.272

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Tabelle E.3.: Anteil Behandlungstage mit Regel- (oben) bzw. Intensivbehandlung (unten) an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)

<b>Anteil Behandlungstage mit Regelbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)</b>	
2011	60
2012	66
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	63
Minimum	60
Maximum	66

<b>Anteil Behandlungstage mit Intensivbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)</b>	
2011	18
2012	20
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	19
Minimum	18
Maximum	20

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Tabelle E.4.: Mittlere Verweildauer (in Tagen)

<b>Mittlere Verweildauer (in Tagen)</b>	
2011	25,9
2012	25,7
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	25,8
Minimum	25,7
Maximum	25,9

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

## **F. Veränderungen der Kodierung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung**

### **F.1. Systematische Literaturübersicht**

### **F.2. Tabellarische Darstellungen**

Tabelle F.1.: Suchbegriffe zu „Veränderungen der Kodierung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

<b>Versorgungs- kontext</b>	<b>Intervention</b>	<b>Untersuchungs- design</b>	<b>Kodierung</b>
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	

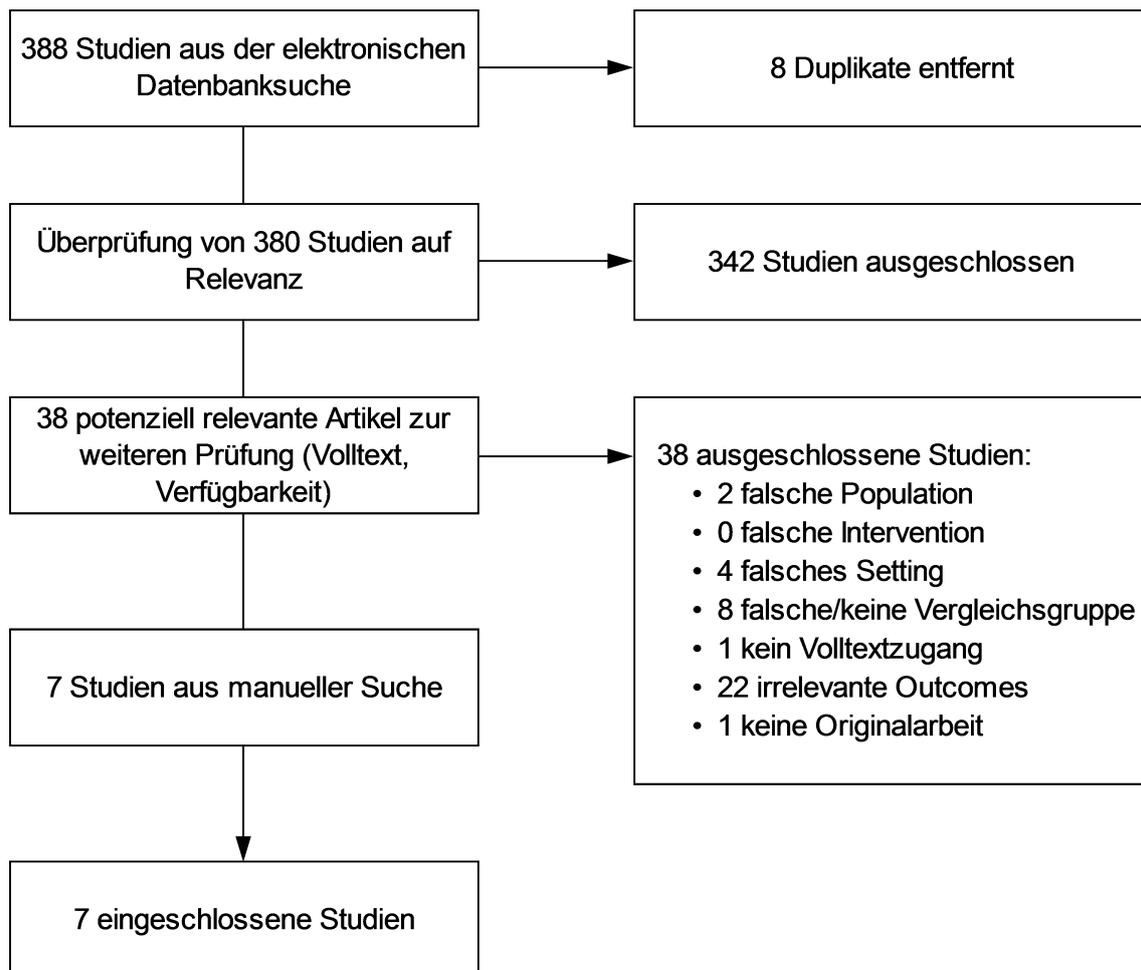


Abbildung F.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen der Kodierung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

Tabelle F.2.: Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen  
(in Prozent)

<b>Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)</b>	
2011	26
2012	30
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	28
Minimum	26
Maximum	30

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Tabelle F.3.: Verhältnis Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung (in Prozent)

<b>Verhältnis Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung (in Prozent)</b>	
2011	14,2
2012	13,6
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	13,9
Minimum	13,6
Maximum	14,2

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Tabelle F.4.: Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen

<b>Anzahl Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen</b>	
2011	25.141
2012	23.645
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	24.393
Minimum	23.645
Maximum	25.141

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

Tabelle F.5.: Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes

<b>Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes</b>	
2011	12.080
2012	5.727
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	8.904
Minimum	5.727
Maximum	12.080

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

# **G. Veränderungen der Qualität in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung**

## **G.1. Systematische Literaturübersicht**

## **G.2. Tabellarische Darstellungen**

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

<b>Versorgungskontext</b>	<b>Intervention</b>	<b>Untersuchungsdesign</b>	<b>Qualität</b>
hospital	marginal reimbursement	observational	mortality
inpatient	lump sum	interventional	quality
health care	flat rate	experimental	morbidity
	fixed rate	natural experiment	complication rate
	capitation	program evaluation	patient outcome
	per diem	before-after	medical outcome
	prospective payment	control	health outcome
	PPS	control group	
	DRG	longitudinal	
	patient classification	case-control	
	diagnosis related groups	cross-section	

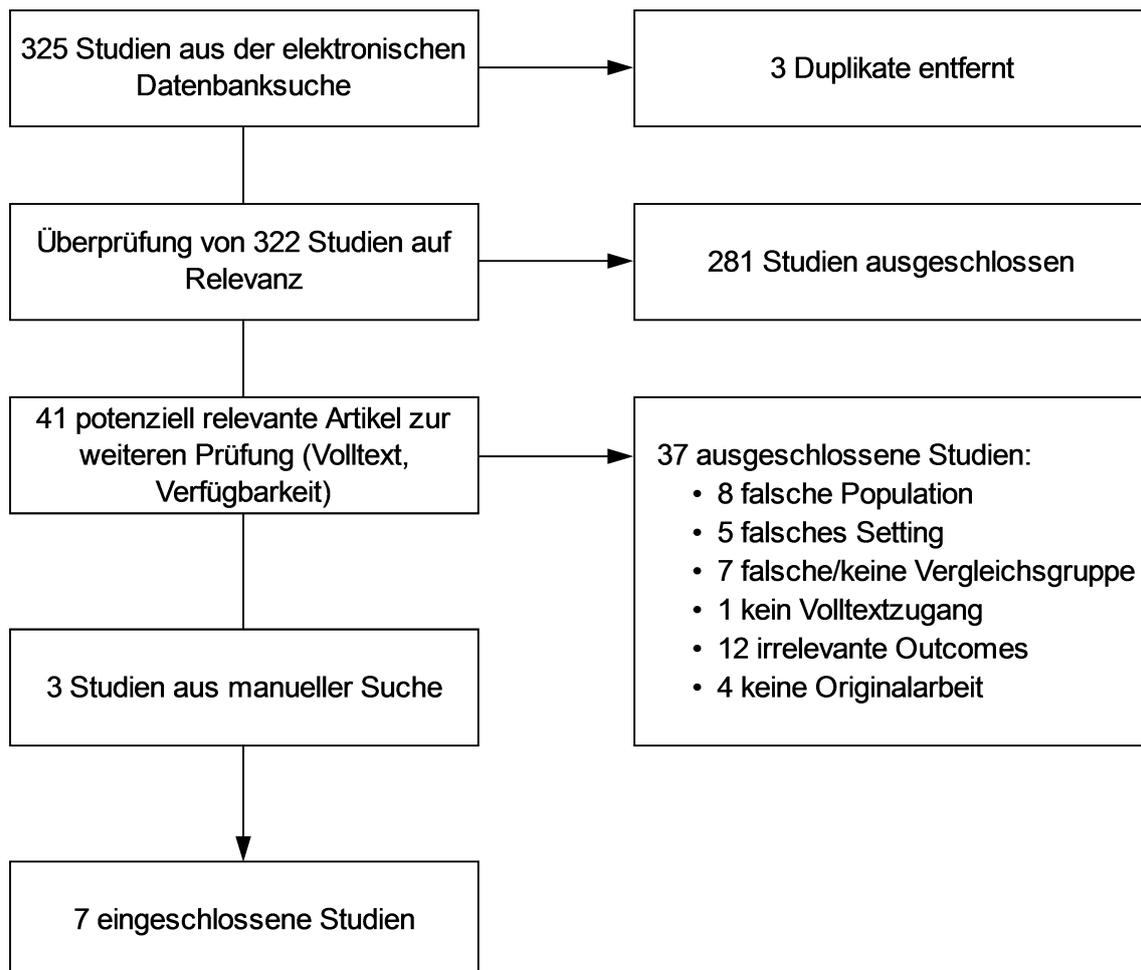


Abbildung G.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

Tabelle G.2.: Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent)

<b>Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent)</b>	
2011	20
2012	19
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	19
Minimum	19
Maximum	20

Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG

# **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)

<b>Bereinigte Kosten (PSYCH-Fachabteilungen in PSYCH-Krankenhäusern; in Euro)</b>	
2011	3.616.023.230
2012	3.979.765.330
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	3.797.894.280
Minimum	3.616.023.230
Maximum	3.979.765.330

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.3