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

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

6. November 2018

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

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

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

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

Tom Stargardt
Martin Lambert
Simon Frey
Mathias Baumann
Clara Pott

Lukas Kwietniewski
Birgit Linschmann
Norbert Birkner
Amelie Weide
Iris Schütze

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

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

Kurzfassung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung **2**

2 Systematische Literaturübersicht **4**

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

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

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

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

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

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

3 Daten und Methodik **22**

3.1 Daten . . . 22

3.2 Öffentlicher Zugang . . . 38

3.3 Methoden . . . 40

4 Veränderungen des Zugangs **47**

4.1 Regionale Pflichtversorgung . . . 49

4.2 Infrastrukturelle und geografische Zugangsfaktoren . . . 55

4.3 Diskussion . . . 60

5 Veränderungen der Strukturen **65**

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

5.2 Integrierte Versorgung und Modellvorhaben . . . 78

5.3 Verschiebung zwischen DRG und PEPP . . . 81

5.4 Reha, Krankenpflege und Soziotherapie . . . 84

5.5 Komplementäre und ambulante Versorgung . . . 87

5.6 Diskussion . . . 88

6 Veränderungen der Fallzahl **93**

6.1 Entwicklung der Fallzahlen . . . 96

6.2 Diskussion . . . 105

7 Veränderungen der Behandlung 109
7.1 Behandlungsspektrum und Therapieformen . . . 111
7.2 Krankenhausprozesse . . . 120
7.3 Diskussion . . . 123

8 Veränderungen der Kodierung 125
8.1 Entwicklung der Kodierung . . . 127
8.2 Diskussion . . . 135

9 Veränderungen der Qualität 137
9.1 Strukturqualität . . . 138
9.2 Prozessqualität . . . 140
9.3 Ergebnisqualität . . . 146
9.4 Diskussion . . . 151

10 Sonstige Veränderungen 154
10.1 Aufwand der Krankenhäuser . . . 155
10.2 Leistungsausgaben der GKV . . . 158
10.3 Strukturen von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen . . . 159
10.4 Diskussion . . . 173

11 Fazit und Ausblick 178

Literaturverzeichnis 179

A Erhebung Primärdaten 187
A.1 Befragung stationärer Einrichtungen . . . 187
A.2 Befragung der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen . . . 212
A.3 Befragung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung . . . 216

B Veränderung des Zugangs 225
B.1 Systematische Literaturübersicht . . . 225
B.2 Tabellarische Darstellungen . . . 226

C Veränderungen der Strukturen 233
C.1 Systematische Literaturübersicht . . . 233
C.2 Tabellarische Darstellungen . . . 234

D Veränderungen der Fallzahl 242
D.1 Systematische Literaturübersicht . . . 242
D.2 Tabellarische Darstellungen . . . 244

E Veränderungen der Behandlung 249
E.1 Systematische Literaturübersicht . . . 249

E.2 Tabellarische Darstellungen 250

F Veränderungen der Kodierung **257**

F.1 Systematische Literaturübersicht 257

F.2 Tabellarische Darstellungen 259

G Veränderungen der Qualität **263**

G.1 Systematische Literaturübersicht 263

G.2 Tabellarische Darstellungen 264

H Sonstige Veränderungen **269**

H.1 Tabellarische Darstellungen 269

Abbildungsverzeichnis

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

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

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

6.1 Anzahl Fälle 96
6.2 Anzahl PatientInnen 97
6.3 Anzahl Unterbringungsverfahren nach §§ 1906, 1846 BGB und PsychKG . 98
6.4 Anzahl Unterbringungsverfahren nach PsychKG je 100 000 Einwohner . . . 99
6.5 Anzahl Unterbringungsverfahren nach § 1906 BGB 100
6.6 Anzahl Unterbringungsgenehmigungen nach § 1906 BGB 101
6.7 Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent) 102
6.8 Anzahl Fälle 103
6.9 Anzahl PatientInnen 104

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabellenverzeichnis

3.1 Datenquellen und Auswertungen in den drei Forschungszyklen 23

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

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

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

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

A.6 Verteilung der teilnehmenden Einrichtungen 215

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Abkürzungsverzeichnis

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

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

Hintergrund, Literaturübersicht sowie Daten und Methoden der Begleitforschung

1. Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Systematische Literaturübersicht

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

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

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

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

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

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

2.1. Veränderungen des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2. Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Daten und Methodik

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

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

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

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

3.1. Daten

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

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

Tabelle 3.1.: Datenquellen und Auswertungen in den drei Forschungszyklen

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

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

3.1.1. Primärdaten

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

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

umfeld untersucht. Hierzu werden KrankenhausmitarbeiterInnen mit PatientInnenkontakt Fragen vorgelegt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Befragung der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

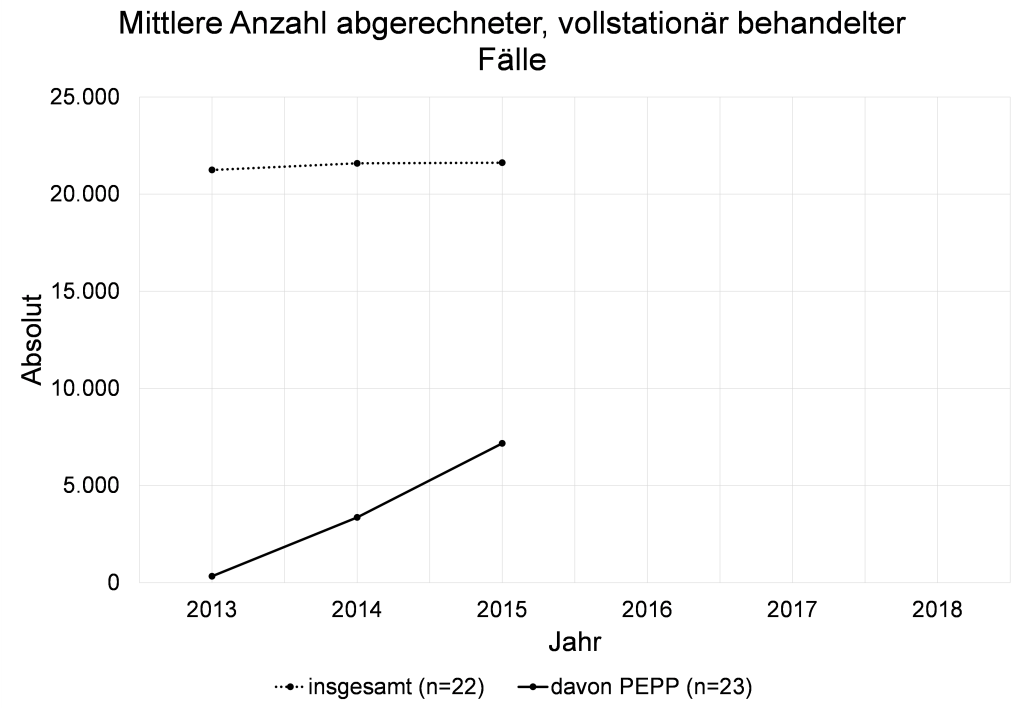


Abbildung 3.1.: Mittlere Anzahl abgerechneter vollstationär behandelter Fälle

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

Befragung der Medizinischen Dienste der Krankenkassen

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.2. Sekundärdaten

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

Daten nach § 21 KHEntgG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Daten des Statistischen Bundesamtes

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

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

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

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

Routinedaten gemäß § 295 und § 301 SGB V

Für die Begleitforschung werden außerdem Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen – vor allem gem. § 295 (Abrechnung ärztlicher Leistungen) 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 BMG verwiesen.

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

Daten der obersten Landesbehörden (Landesgesundheitsministerien)

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

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

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

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

Weitere Datenhalter

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

Plausibilisierung und Qualitätssicherung

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

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

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

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

3.2. Öffentlicher Zugang

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

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

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

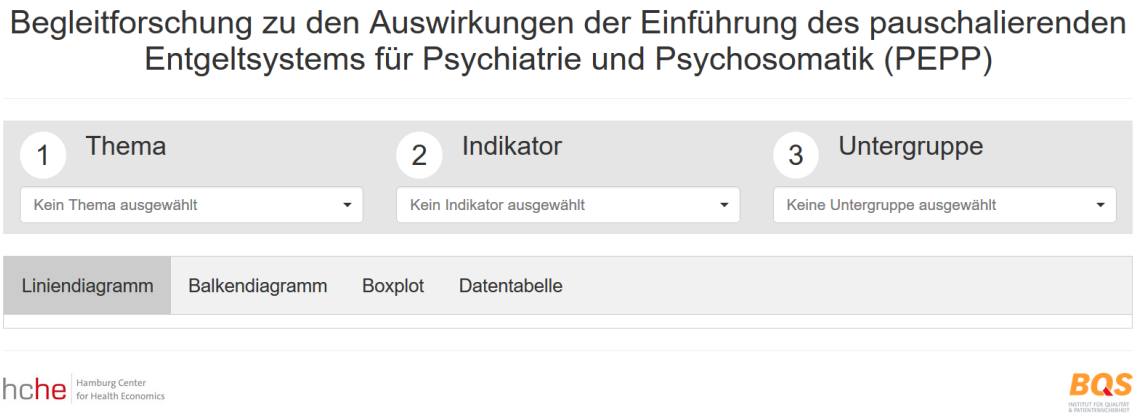


Abbildung 3.2.: Auswahl von Indikatoren und Darstellungsoptionen

Vier Darstellungsoptionen ermöglichen eine explorative Analyse:

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

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

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

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

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

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

3.3. Methoden

3.3.1. Rahmenbedingungen der empirischen Analysen

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

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

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

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

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

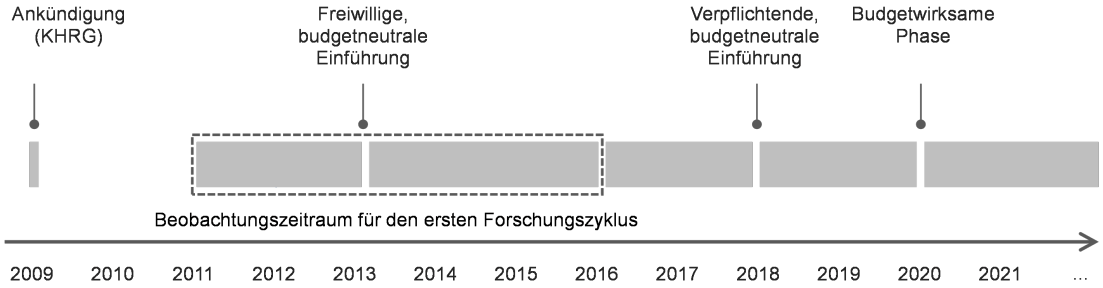


Abbildung 3.3.: Zentrale Phasen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems

3.3.2. Auswahl von Indikatoren

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

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

3.3.3. Beschreibende Analyse

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

Die verwendeten Lagemaße sind:

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

Die verwendeten Streuungsmaße sind:

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

3.3.4. Inferenzstatistische Analyse

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

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

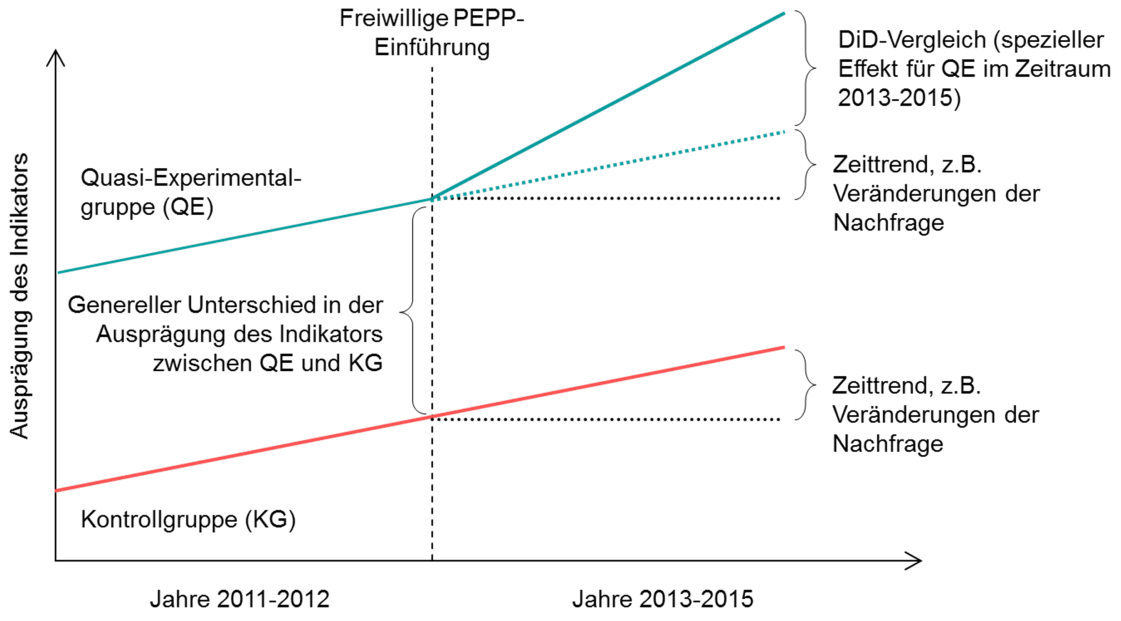


Abbildung 3.4.: Difference-in-Differences Methode

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beispiel:

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

Analysen zu den Veränderungen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

4. Veränderungen des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.1. Regionale Pflichtversorgung

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

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

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

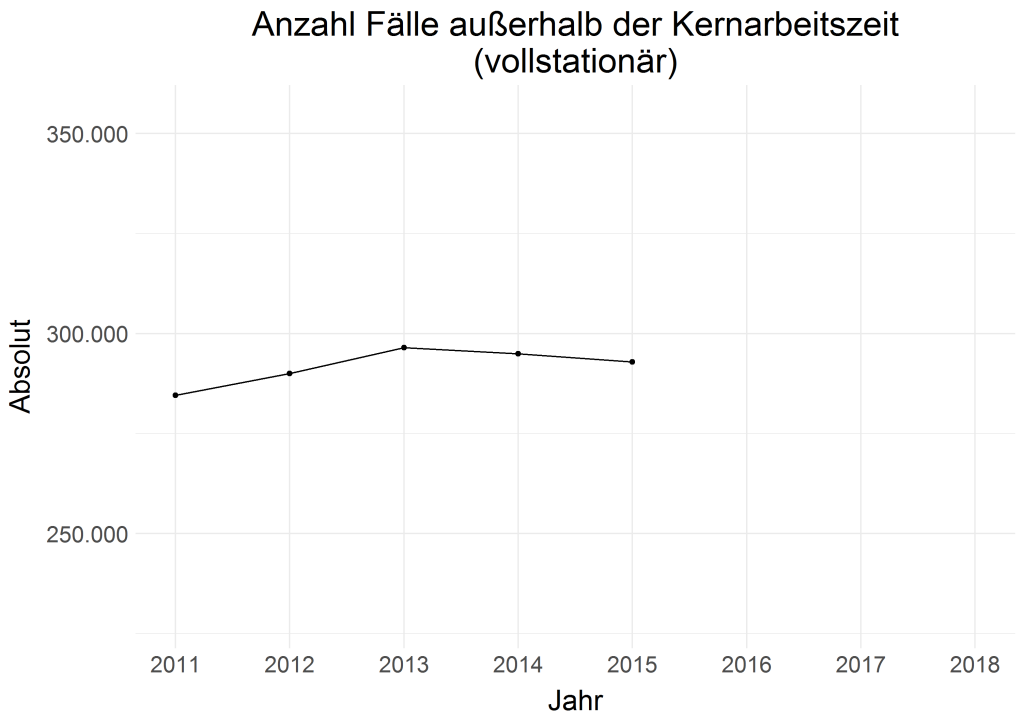
[9] Die Umsetzung der regionalen Pflichtversorgung fällt grundsätzlich in den Kompetenzbereich der Länder. Da (psychiatrische) Krankenhäuser aber – u. a. auf Grundlage von § 323c StGB, § 108 Nr. 2 in Verbindung mit § 109 Abs. 4 SGB V – generell – d. h. geografisch unbeschränkt – die Pflicht zur Aufnahme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

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

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

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

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

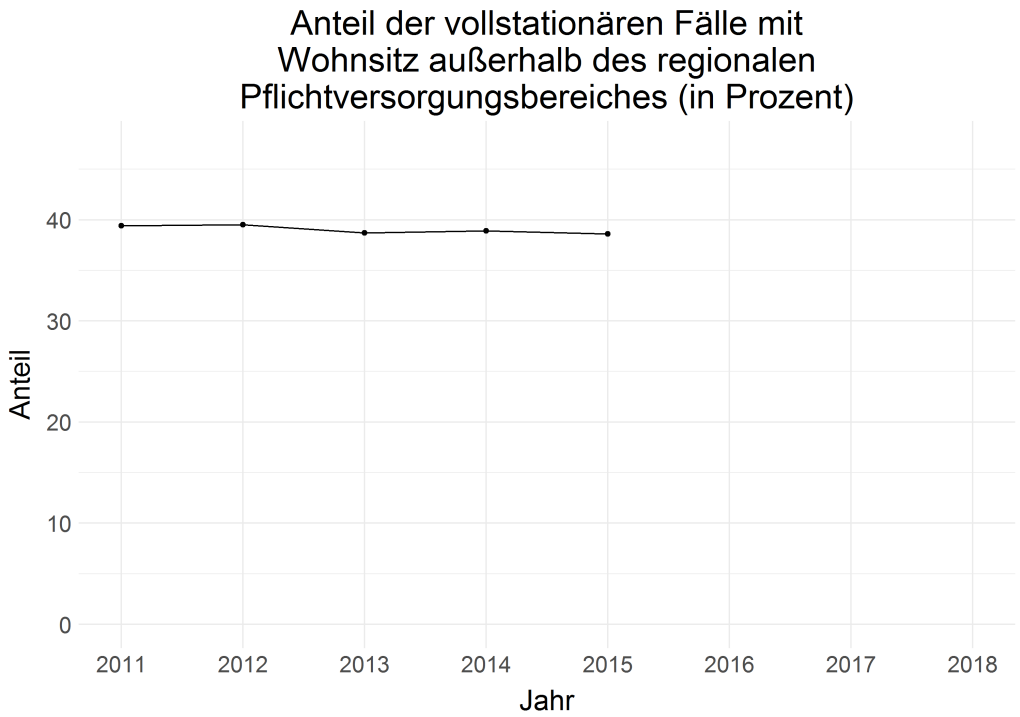


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

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

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

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

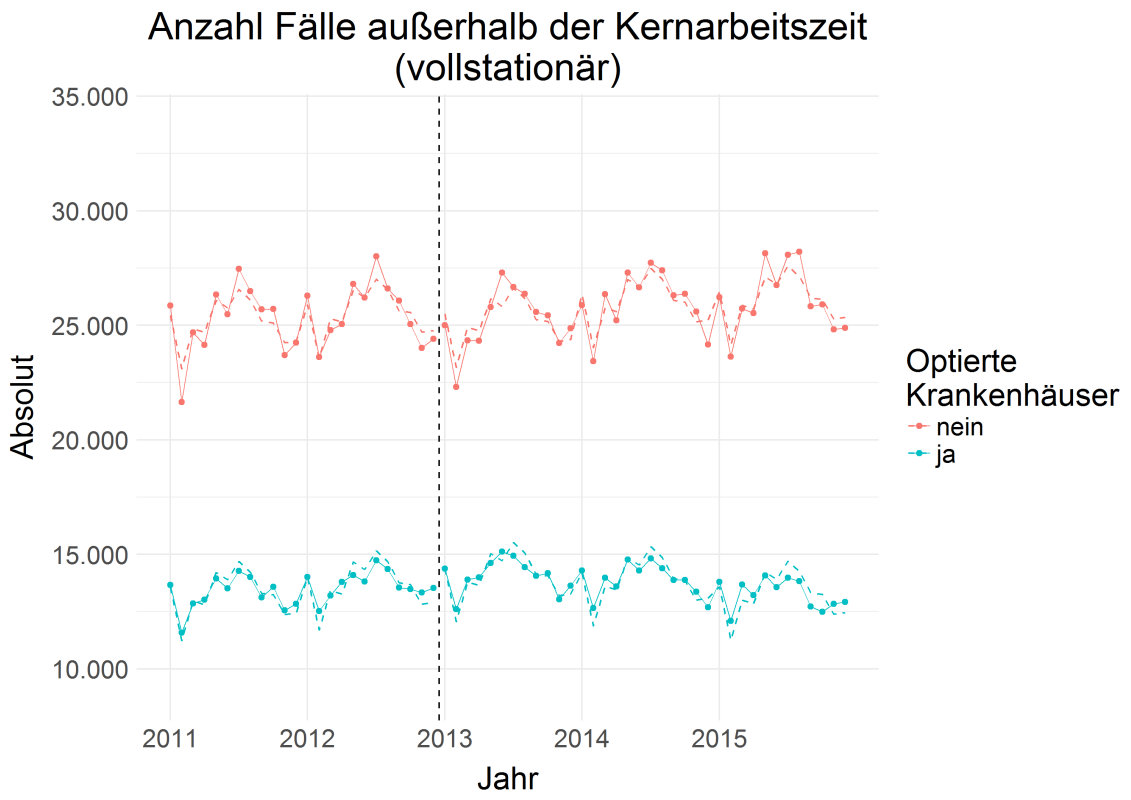


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

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

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

Inferenzstatistische Analyse der Sekundärdaten



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

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

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

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

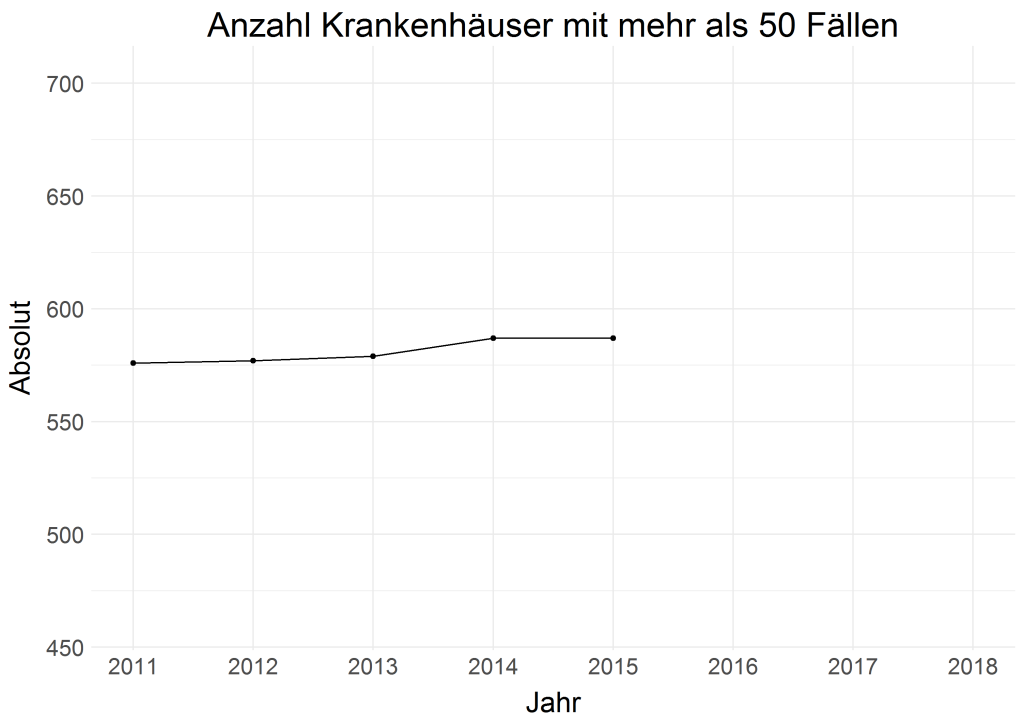
vollstationär aufgenommener Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit liefern. Die Gruppe der Krankenhäuser, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, weist im Vergleich zur Gruppe, die weiterhin TGPS abrechnet, insgesamt pro Monat 11 872 weniger solcher Fälle auf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

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

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

4.2. Infrastrukturelle und geografische Zugangsfaktoren

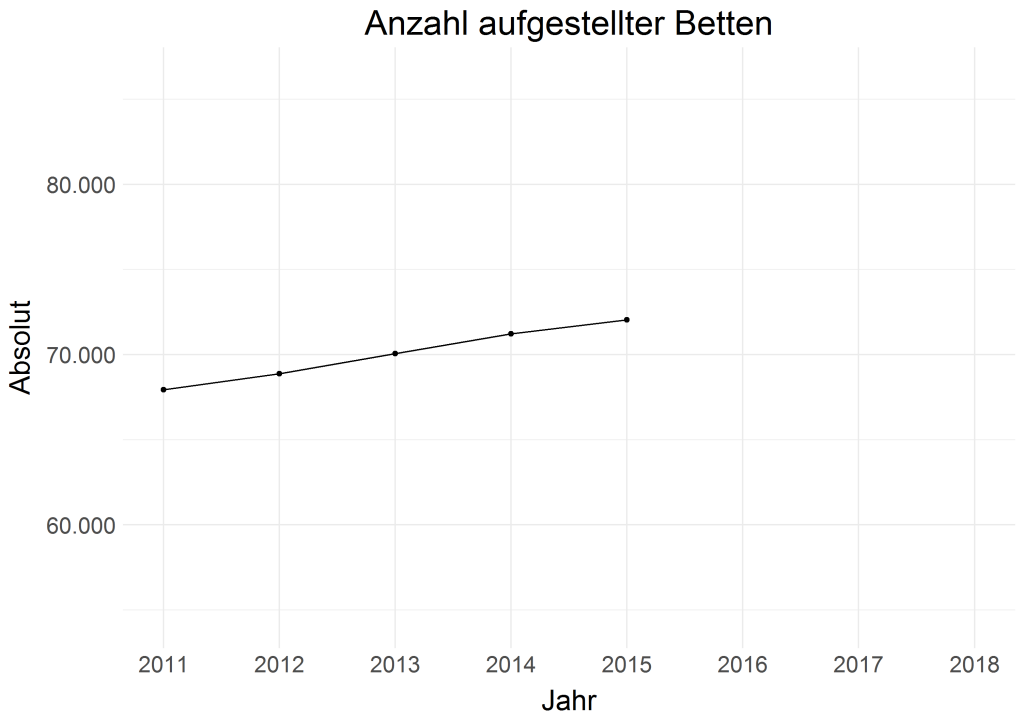
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



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

Abbildung 4.4.: Anzahl Krankenhäuser mit mehr als 50 Fällen

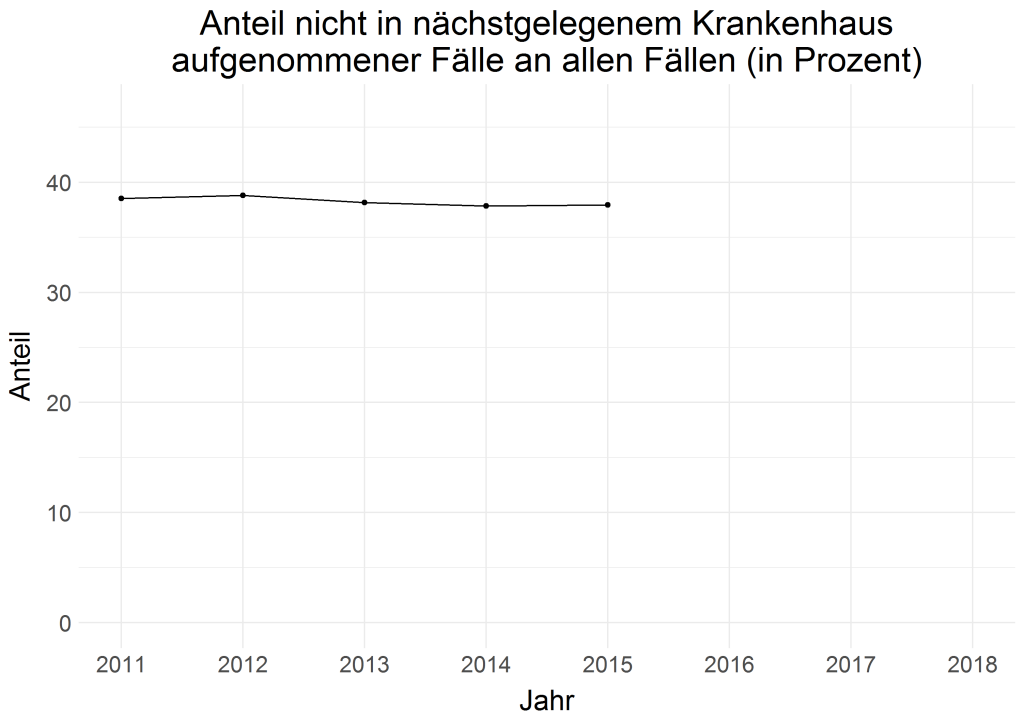
Die Anzahl der Psych-Krankenhäuser kann herangezogen werden, um infrastrukturelle Kapazitätsveränderungen im Krankenhausmarkt nachzuvollziehen. Abbildung 4.4 zeigt die Anzahl der leistungserbringenden Psych-Krankenhäuser, bei denen mindestens 50 Fälle aus dem Psych-Entgeltbereich abgerechnet wurden.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



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

Abbildung 4.5.: Anzahl aufgestellter Betten

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

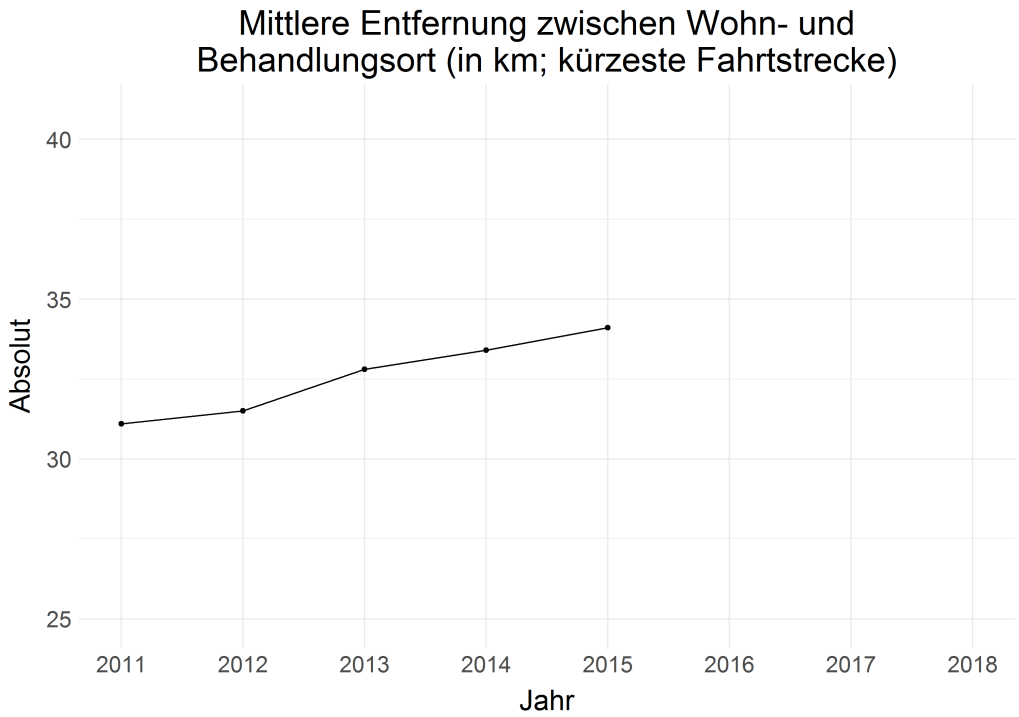


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

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

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

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

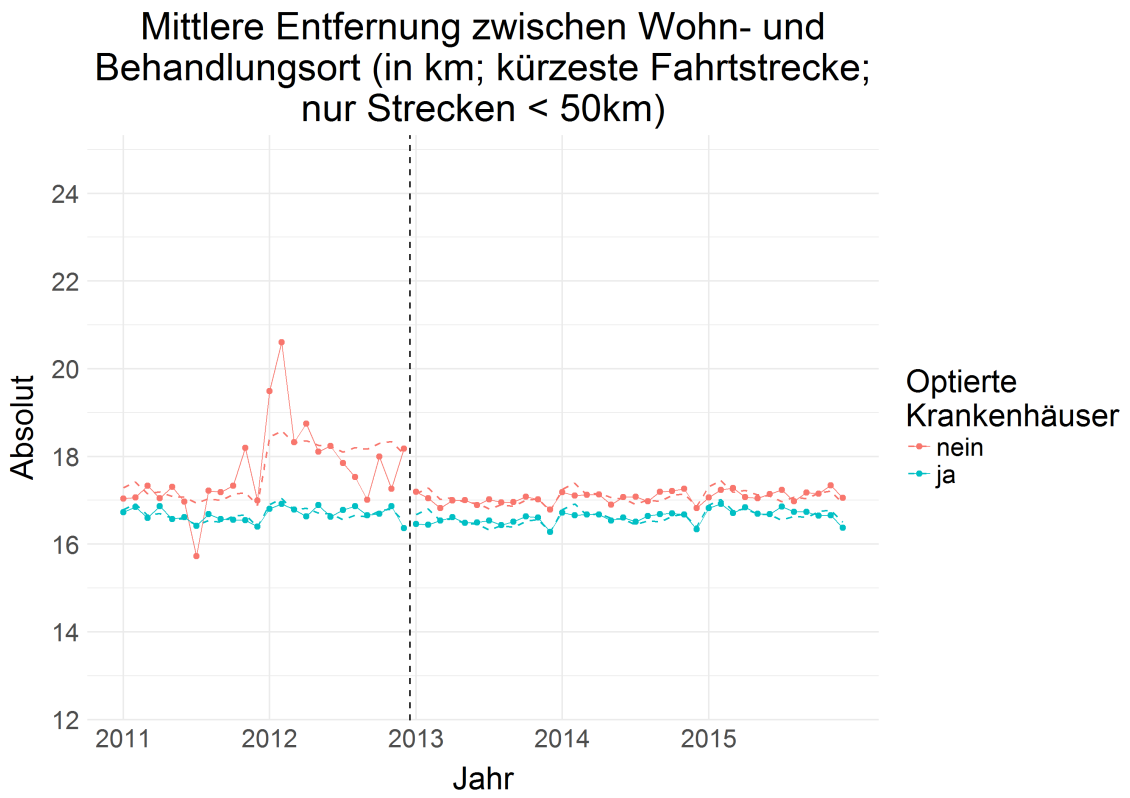


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

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

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

Inferenzstatistische Analyse der Sekundärdaten



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

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

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

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

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

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

4.3. Diskussion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1. Versorgungs- und Leistungsstrukturen des stationären Sektors

Deskriptive Analyse der Primärdaten

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

Tabelle 5.1.: Mittlere Anzahl beschäftigter ÄrztInnen

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

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

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

Tabelle 5.2.: Mittlere Anzahl beschäftigter Diplom-PsychologInnen

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

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

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

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

Tabelle 5.3.: Mittlere Anzahl der in neuen Berufsgruppen Beschäftigten

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

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

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

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

Tabelle 5.4.: Mittlere Anzahl VerwaltungsmitarbeiterInnen

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

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

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

Tabelle 5.5.: Anzahl ausgelagerter Verwaltungsbereiche

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

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

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

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

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

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

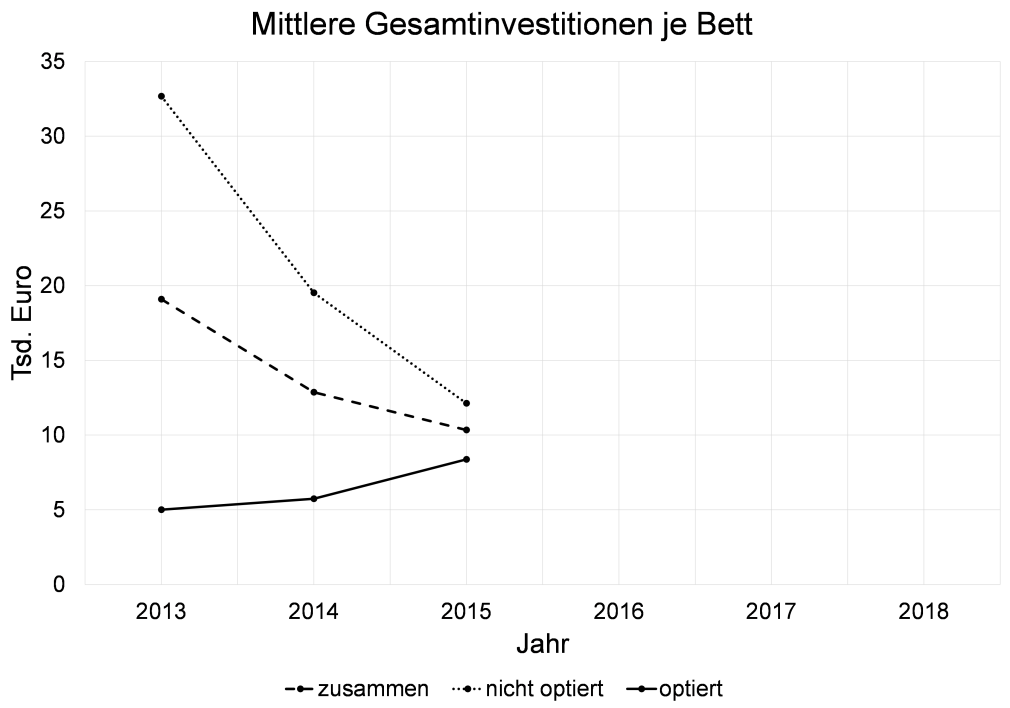
Tabelle 5.6.: Durchschnittliches Investitionsvolumen (in Tsd. Euro)

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

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

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

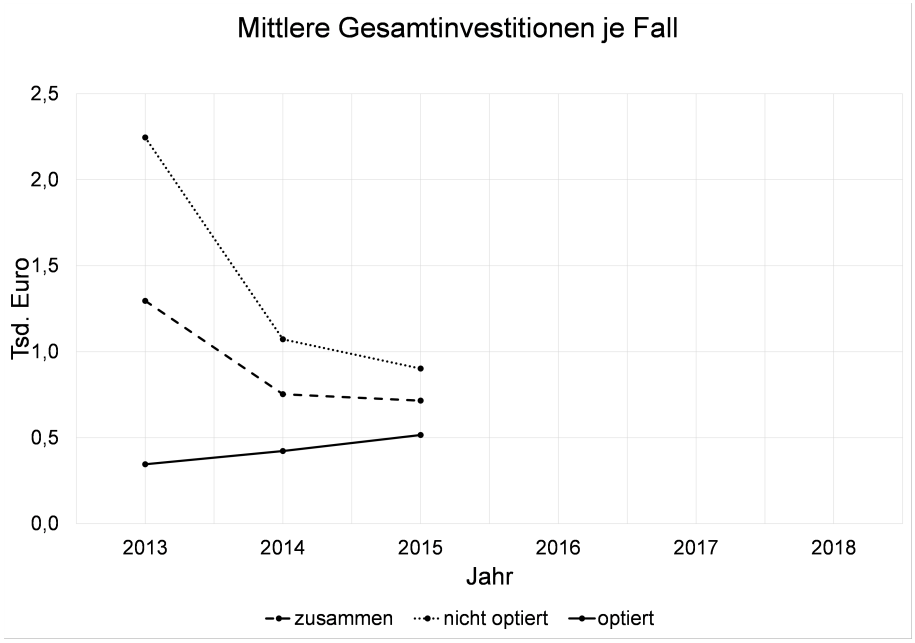
wohingegen in Optionshäusern auf niedrigem Niveau ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist (5,0; 5,7; 8,4 Tsd. Euro je Bett).



Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 5.1.: Mittlere Gesamtinvestitionen je Bett

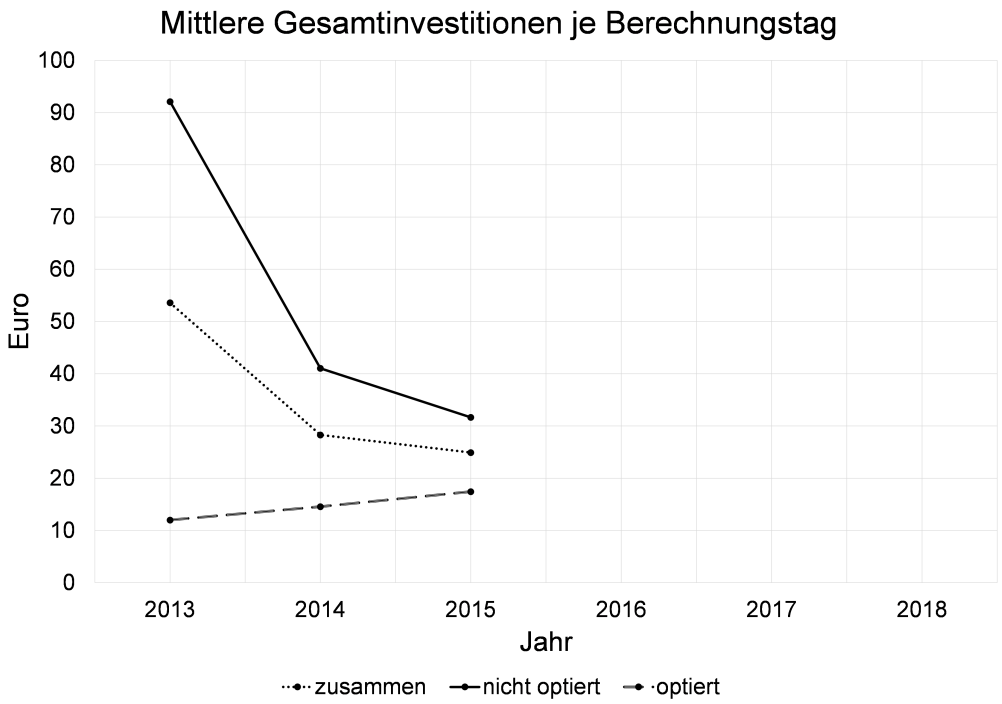
Bezogen auf die jeweiligen Fallzahlen stellen sich die getätigten Investitionen in ähnlicher Weise dar wie bei den Gesamtinvestitionen je Bett (s. o.).



Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 5.2.: Mittlere Gesamtinvestitionen je Fall

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



Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 5.3.: Mittlere Gesamtinvestitionen je Berechnungstag

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

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

Tabelle 5.7.: IT-Infrastruktur

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

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

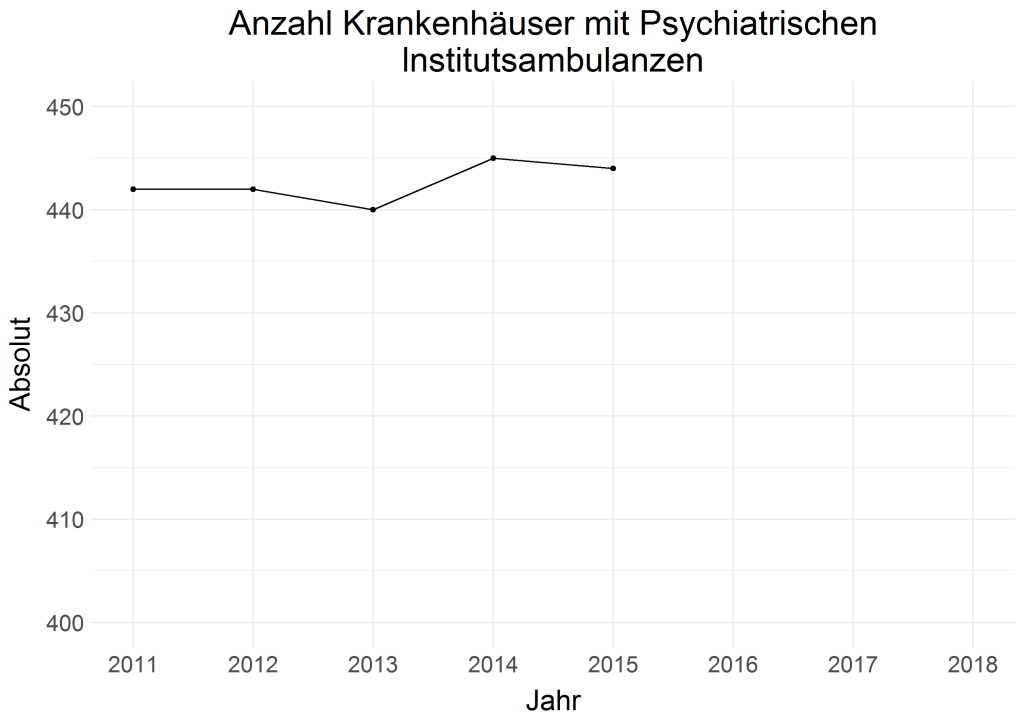
Bei der Anwendung von Software ist der Realisierungsgrad in den Optionshäusern durchgängig höher als in den Nicht-Optionshäusern (s. Tabelle 5.8). Bei der Nutzung eines KIS-Systems bzw. eines PEPP-Groupers wurde bis zum Jahr 2015 in allen Optionshäusern eine vollständige Sättigung von 100 Prozent erreicht.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

Tabelle 5.8.: Verwendete Software

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

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

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



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

Abbildung 5.4.: Anzahl Krankenhäuser mit psychiatrischen Institutsambulanzen

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

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

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

5.2. Integrierte Versorgung und Modellvorhaben

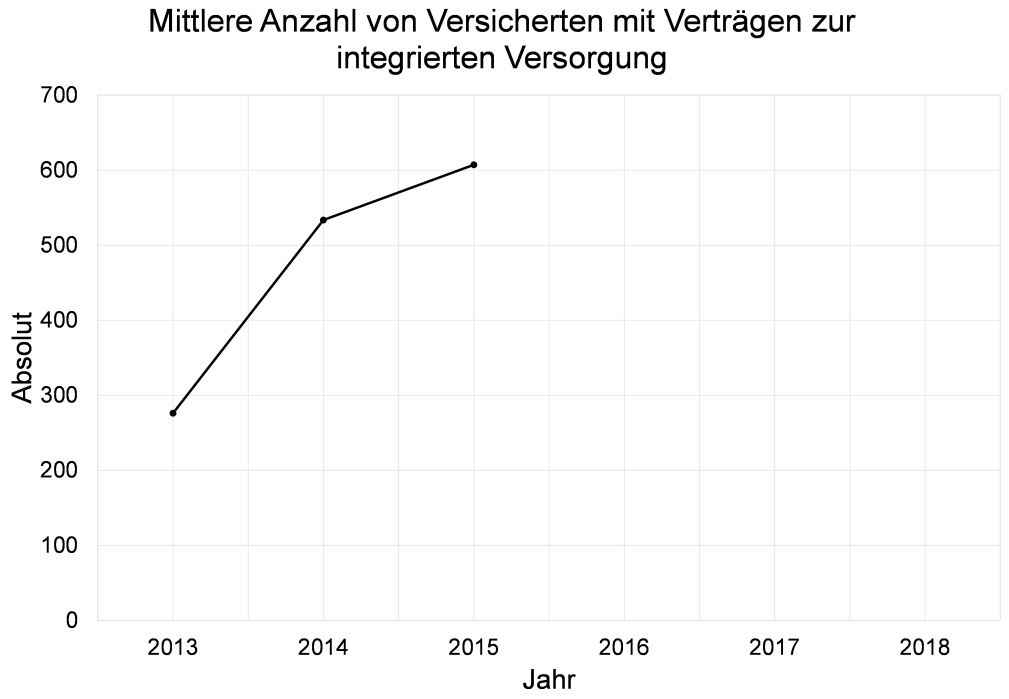
Deskriptive Analyse der Primärdaten

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

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

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

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

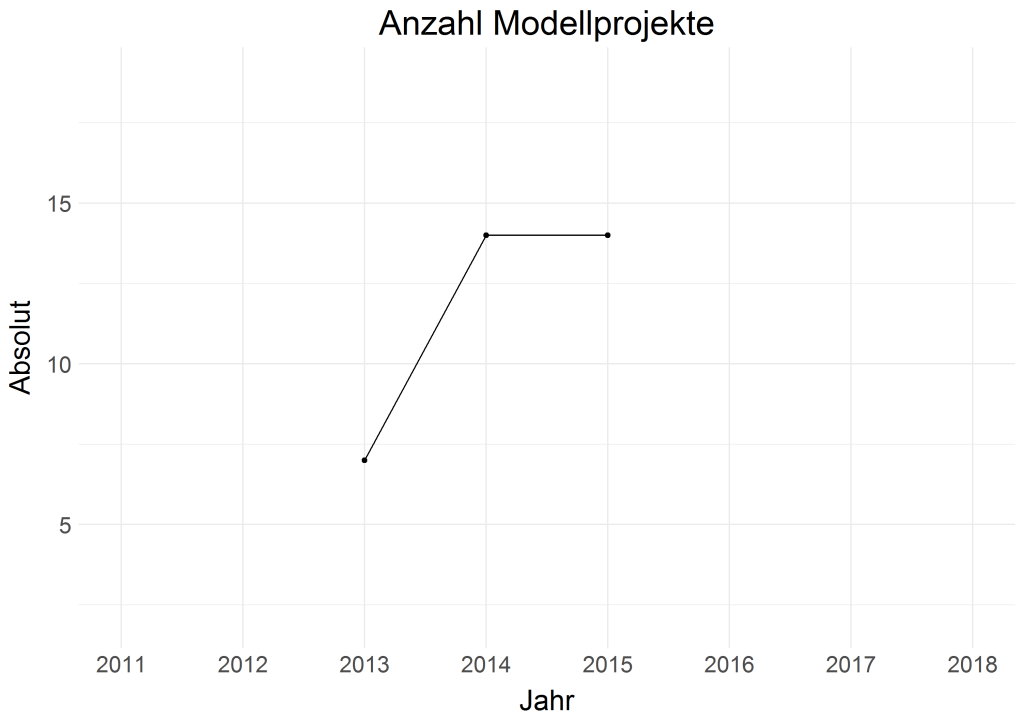


Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

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

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

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



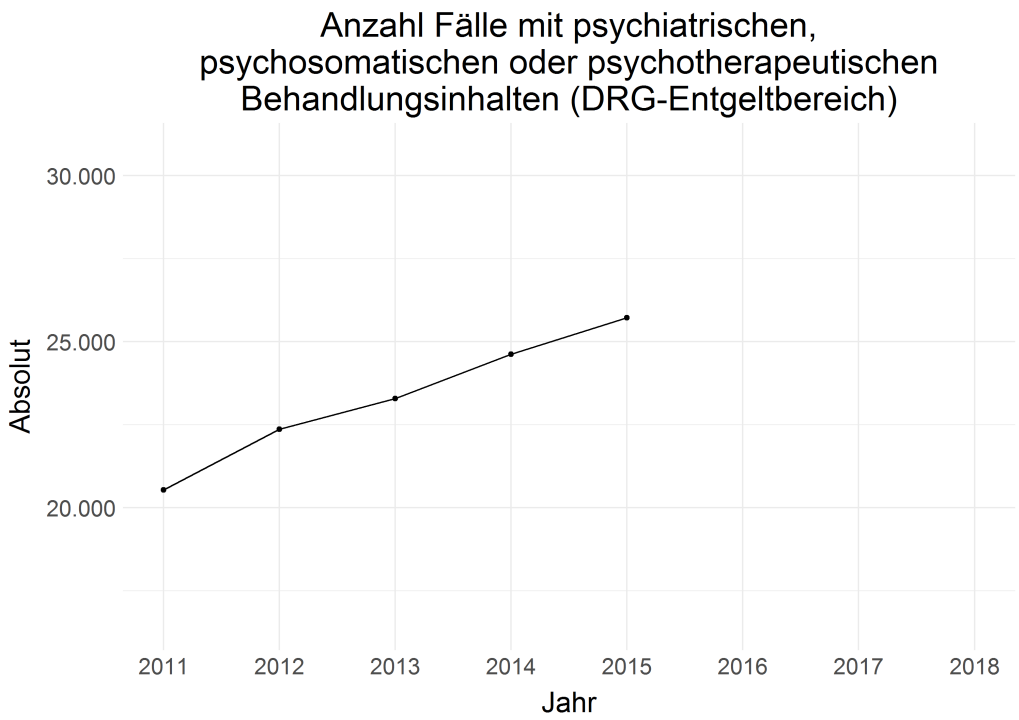
Datenquelle: InEK, Meldungen nach § 64b Abs. 3 SGB V.

Abbildung 5.6.: Anzahl Modellprojekte

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

5.3. Verschiebung zwischen DRG und PEPP

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



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

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

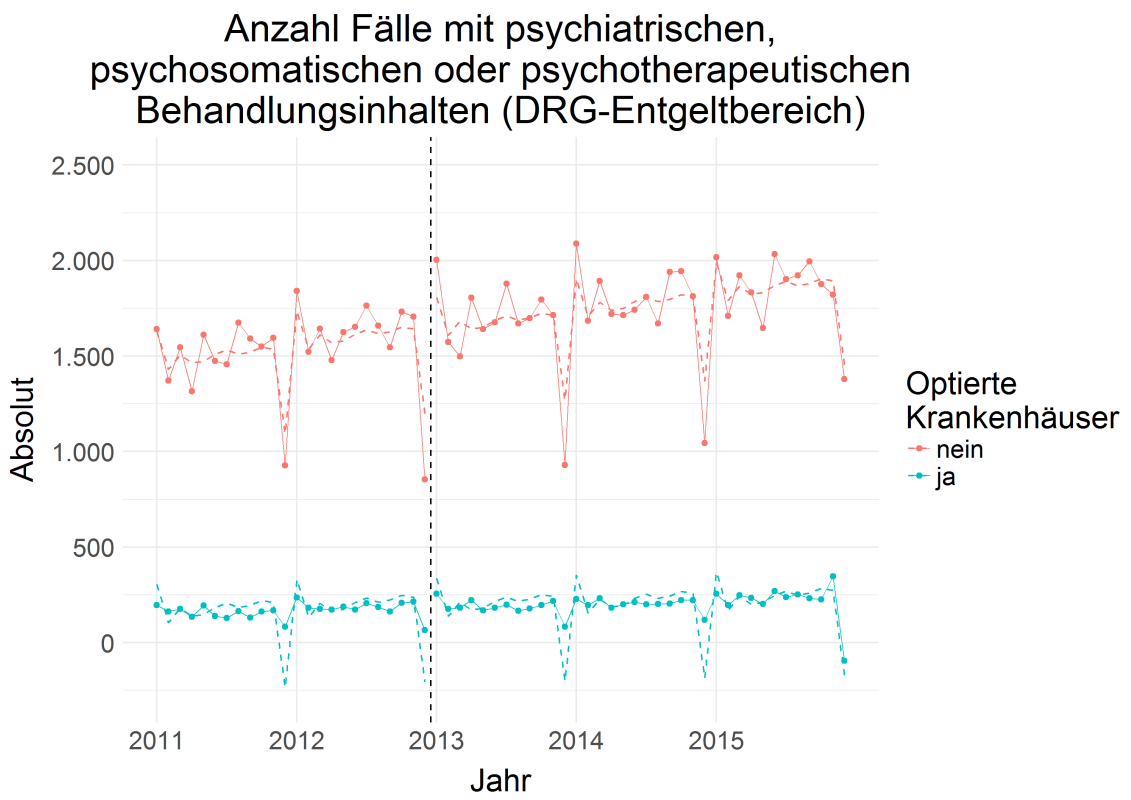
Abbildung 5.7 zeigt für den Zeitraum von 2011 bis 2015 die Anzahl der Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten, für die bestimmte DRG-Entgelte[18] abgerechnet wurden. Die Zahl dieser Fälle stieg von 20 538 in 2011 auf 25 719 in 2015. Dies entspricht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

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

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

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

Inferenzstatistische Analyse der Sekundärdaten



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

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

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

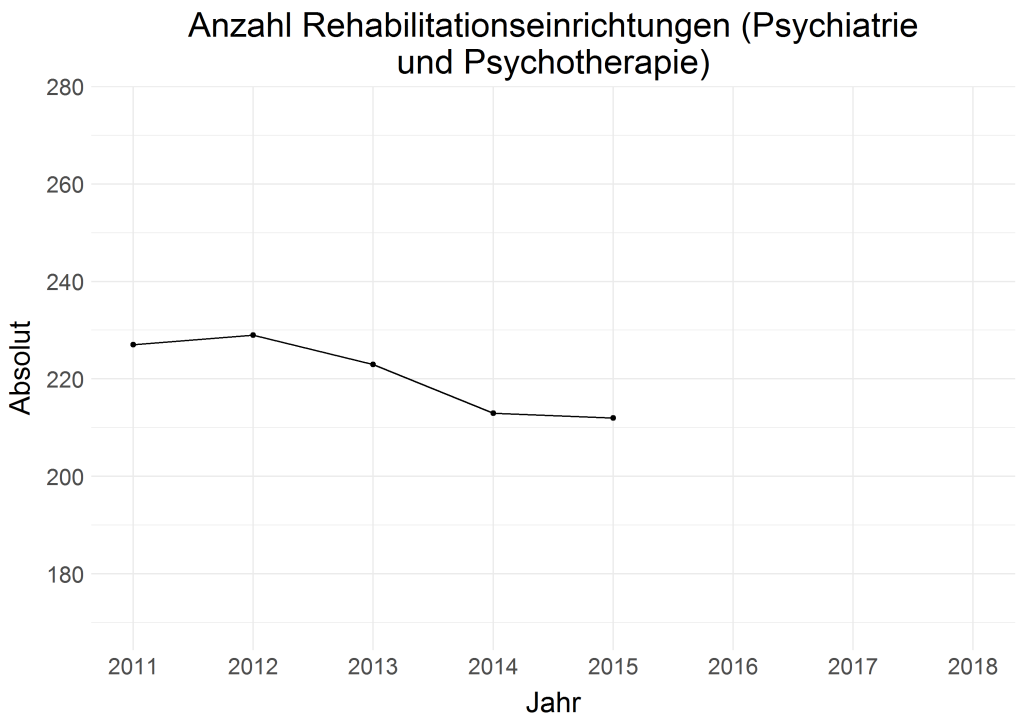
Die grafische Auswertung wird durch die Ergebnisse der Regressionsanalyse ergänzt, die in Tabelle C.9 dargestellt sind. Das Ausgangsniveau der Fallzahl unterscheidet sich deutlich zwischen der Gruppe der Krankenhäuser, die zwischen 2013 und 2015 für die Abrechnung von PEPP optiert haben, und der Gruppe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

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

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

5.4. Reha, Krankenpflege und Soziotherapie

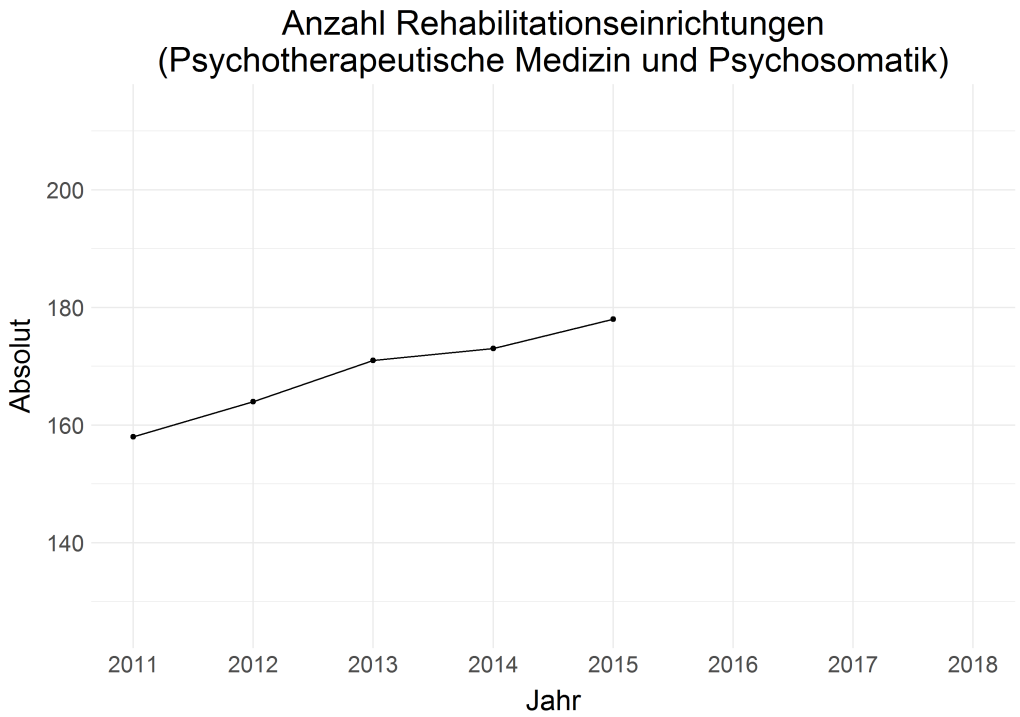
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



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

Abbildung 5.9.: Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie)

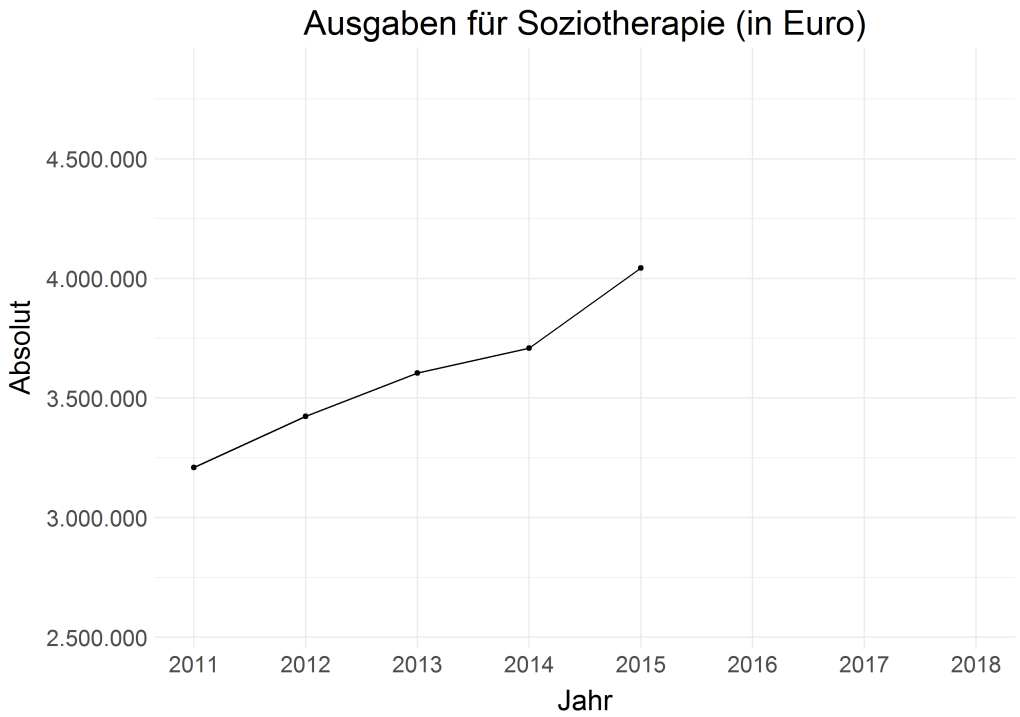
Die Anzahl von Rehabilitationseinrichtungen mit der Fachabteilung „Psychiatrie und Psychotherapie“ erhöhte sich im Zeitraum vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems leicht von 227 Einrichtungen im Jahr 2011 auf 229 Einrichtungen im Jahr 2012 (+0,9 Prozent), sank jedoch im Folgezeitraum auf 212 Einrichtungen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



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

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

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



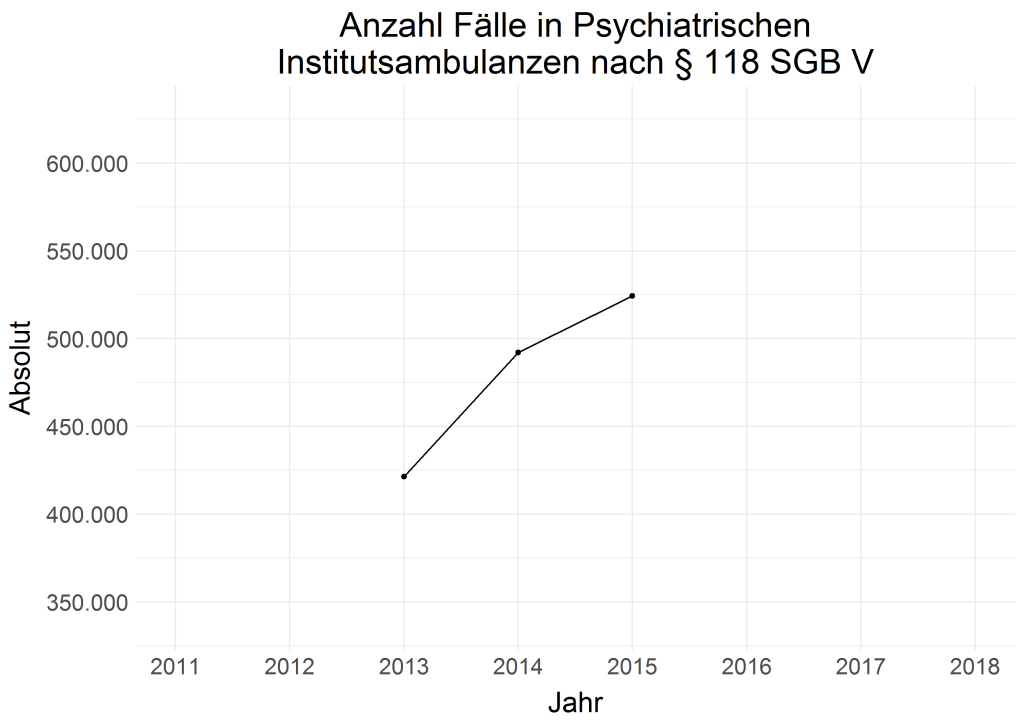
Datenquelle: BMG, Daten der KJ1-Statistik.

Abbildung 5.11.: Ausgaben für Soziotherapie (in Euro)

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

5.5. Komplementäre und ambulante Versorgung

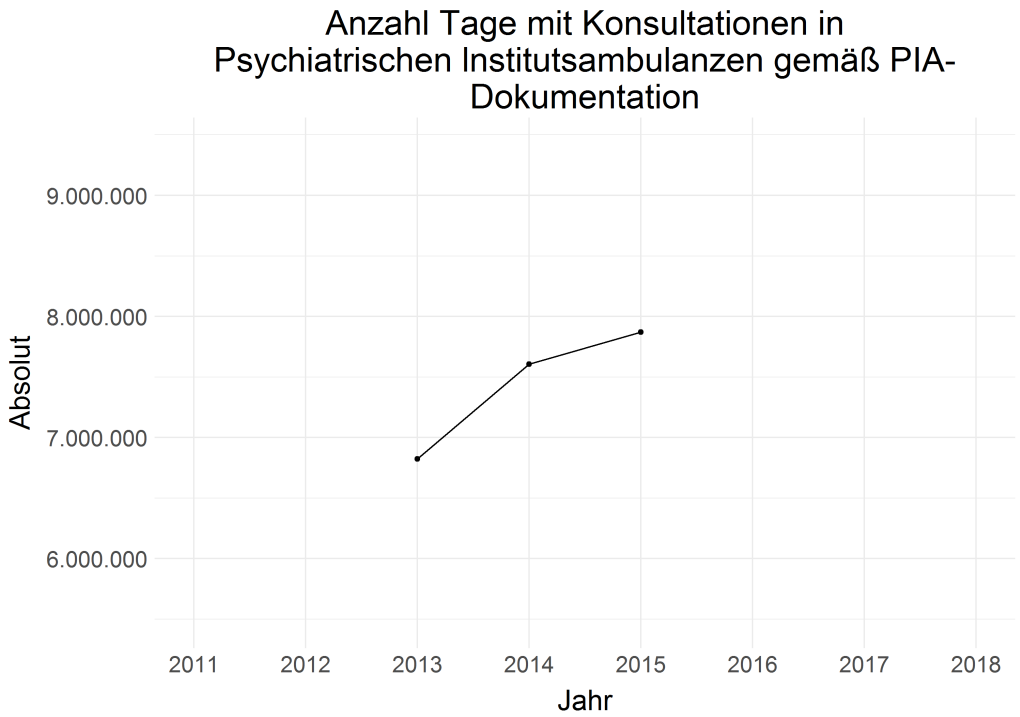
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



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

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

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



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

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

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

5.6. Diskussion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

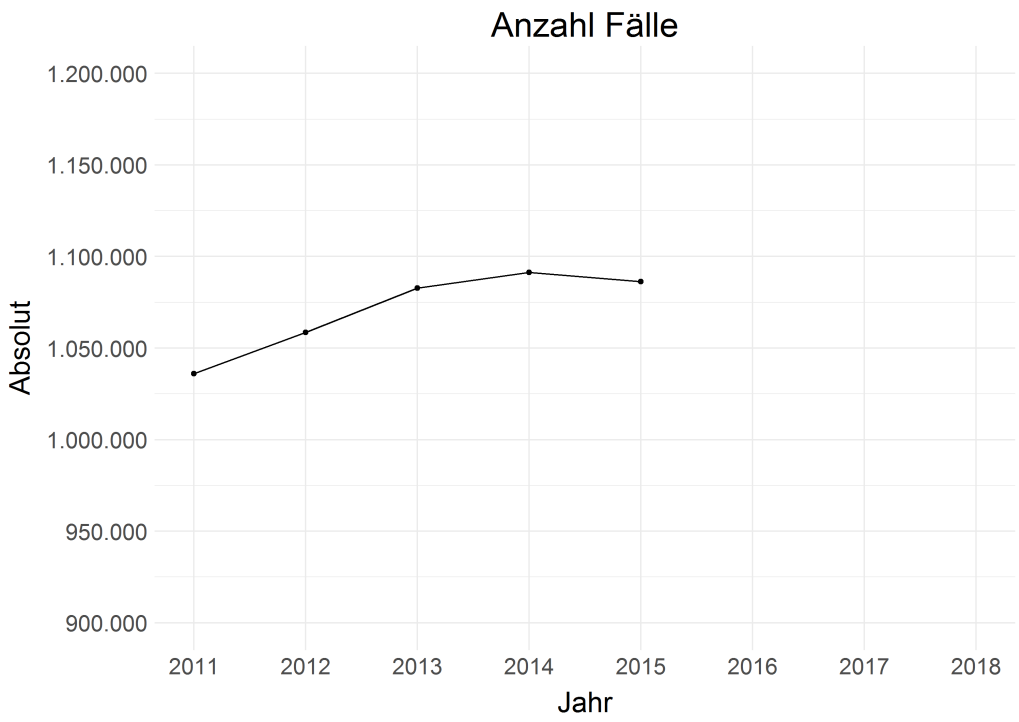
Zusätzlich ist es für eine vertiefte Analyse der Entwicklung der Anzahl der Fälle wichtig, auch den Einfluss von potenziellen Beschränkungen in der Kapazität von Krankenhäusern näher zu untersuchen. Eine zentrale Beschränkung der Kapazität könnte dabei vor allem die Anzahl der Betten sein, die durch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

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

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

6.1. Entwicklung der Fallzahlen

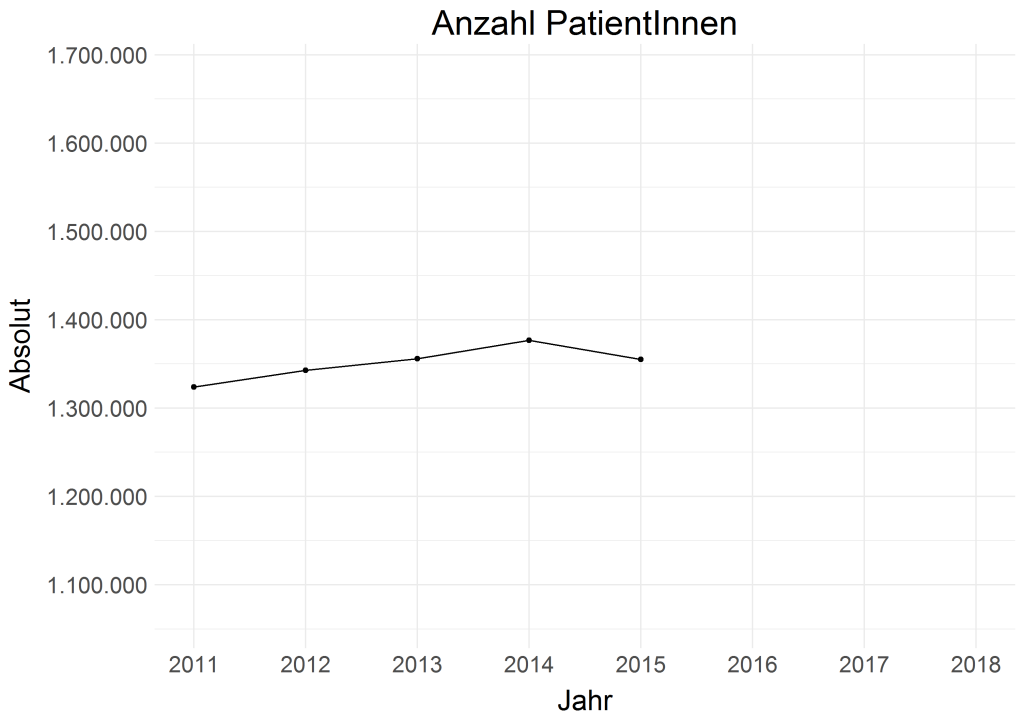
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



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

Abbildung 6.1.: Anzahl Fälle

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



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

Abbildung 6.2.: Anzahl PatientInnen

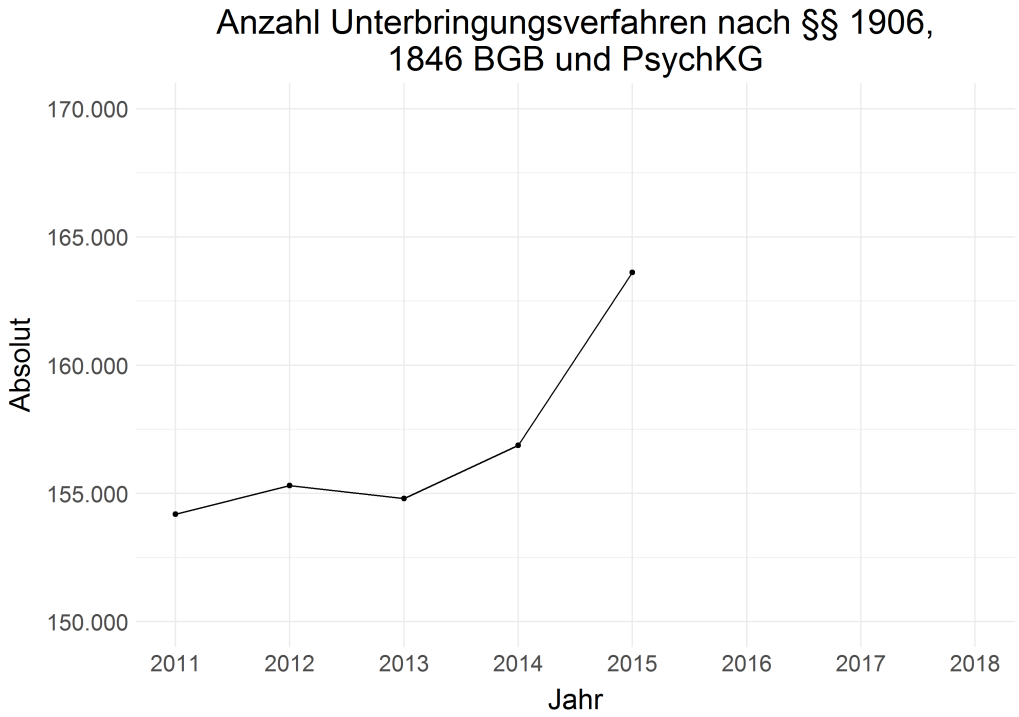
Abbildung 6.2 zeigt die Entwicklung der Anzahl der PatientInnen in der vollstationären Versorgung im PatientInnensegment „Psychiatrie und Psychosomatik“ (vgl. Kapitel 3.1.2) von 2011 bis 2015. Im Jahr 2011 betrug die Anzahl der PatientInnen 1 323 979 und im Jahr 2015 1 354 971. Über den gesamten beobachteten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

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

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

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

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

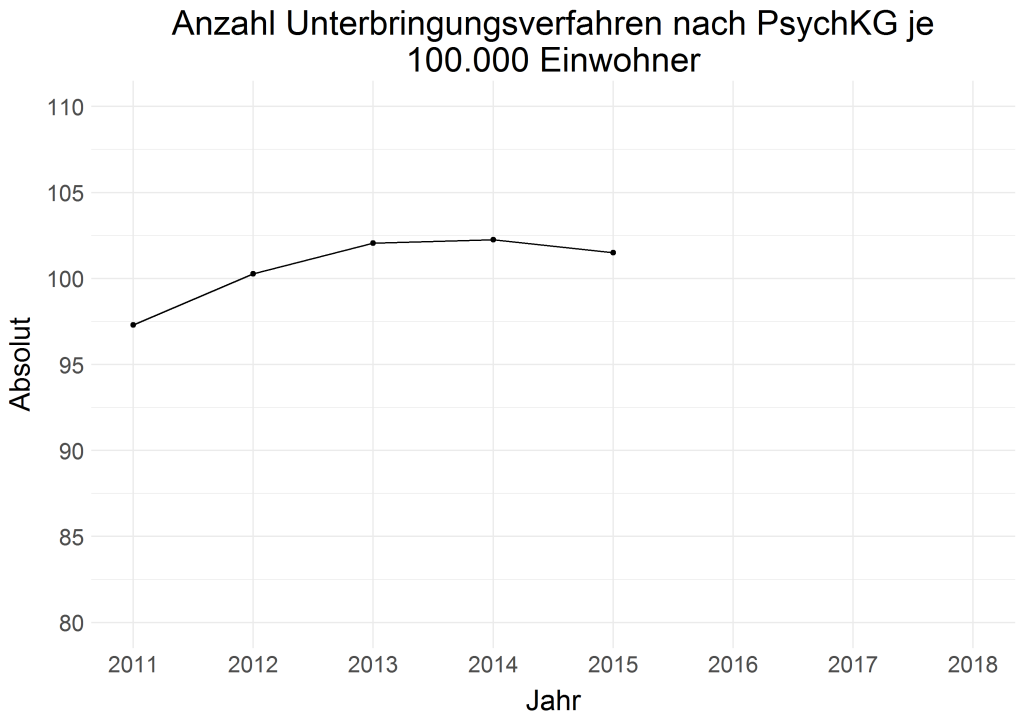


Datenquelle: Bundesamt für Justiz.

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

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

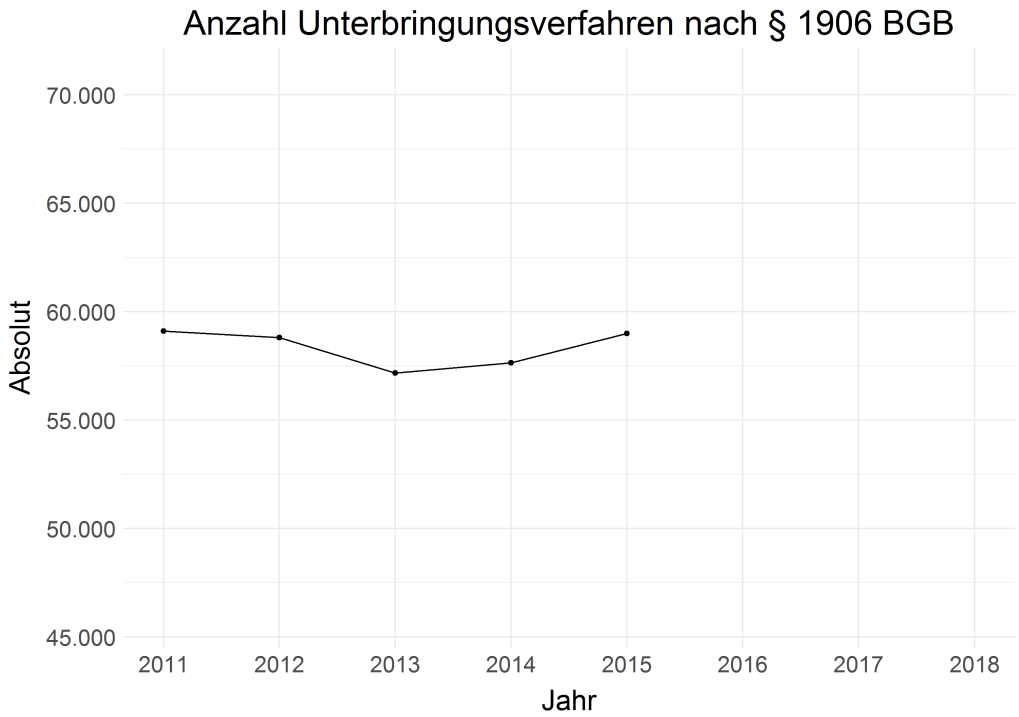
[25] Die Angaben sind auf ganze Zahlen gerundet. Dies gilt für alle Bevölkerungsangaben.



Datenquelle: Bundesamt für Justiz.

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

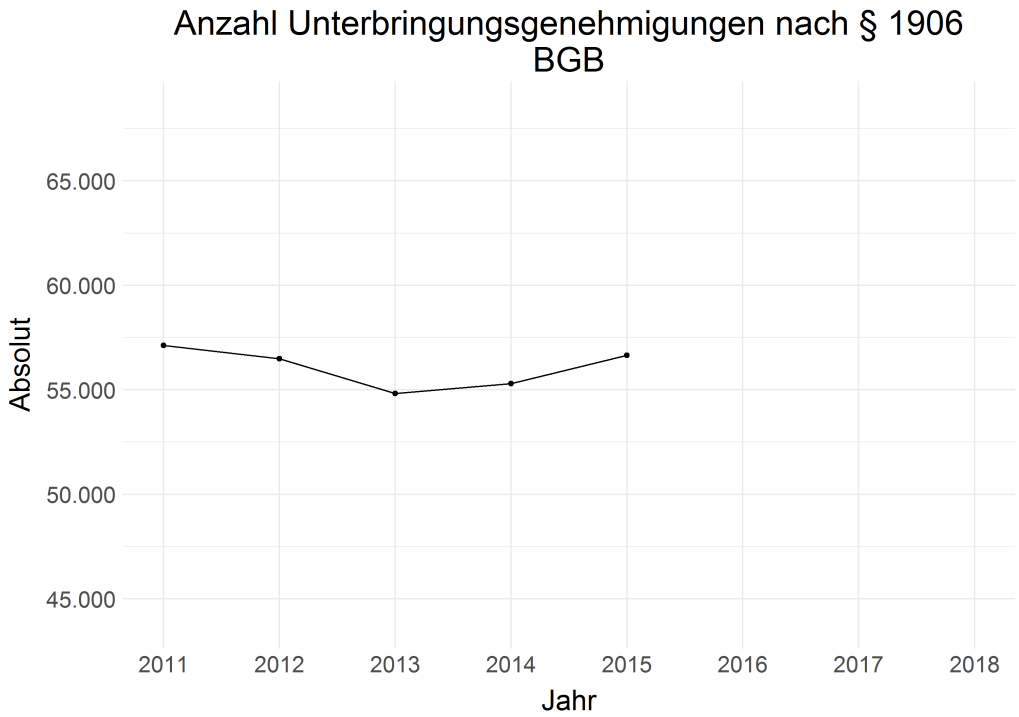
Bei den öffentlich-rechtlichen Unterbringungen nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder (wie in Abbildung 6.4 dargestellt) ist über die Jahre 2011 bis 2015 ein Anstieg um 4,3 Prozent festzustellen (von 97 auf 102 Verfahren je 100 000 Einwohner). Der größte Anstieg (+3,1 Prozent) ist zwischen 2011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



Datenquelle: Bundesamt für Justiz.

Abbildung 6.5.: Anzahl Unterbringungsverfahren nach § 1906 BGB

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



Datenquelle: Bundesamt für Justiz.

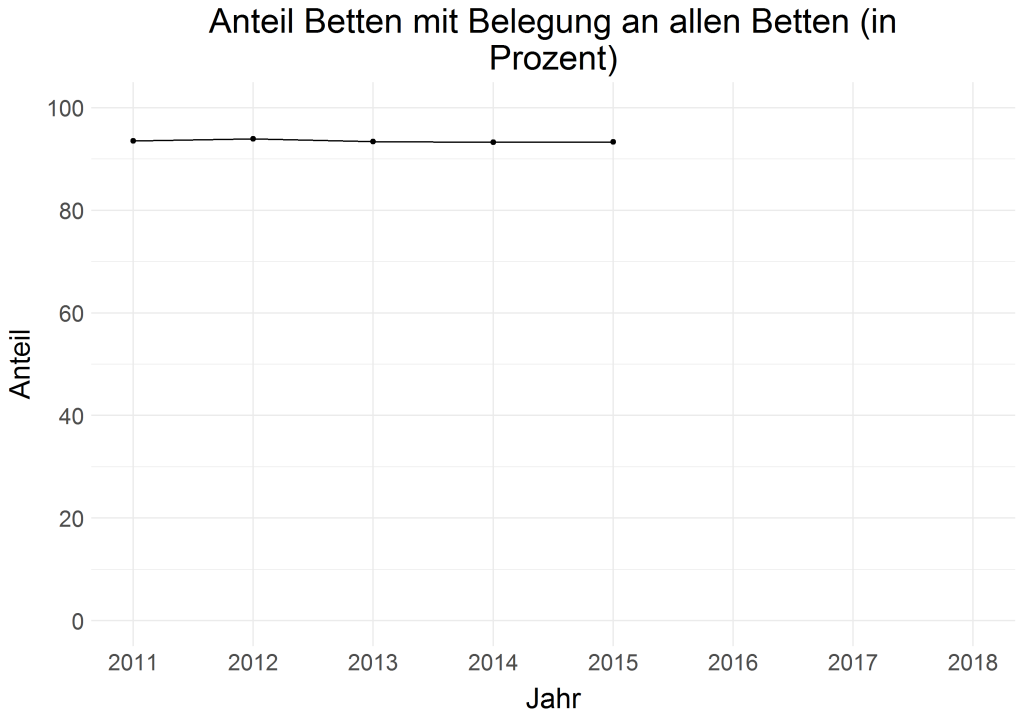
Abbildung 6.6.: Anzahl Unterbringungsgenehmigungen nach § 1906 BGB

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

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

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

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



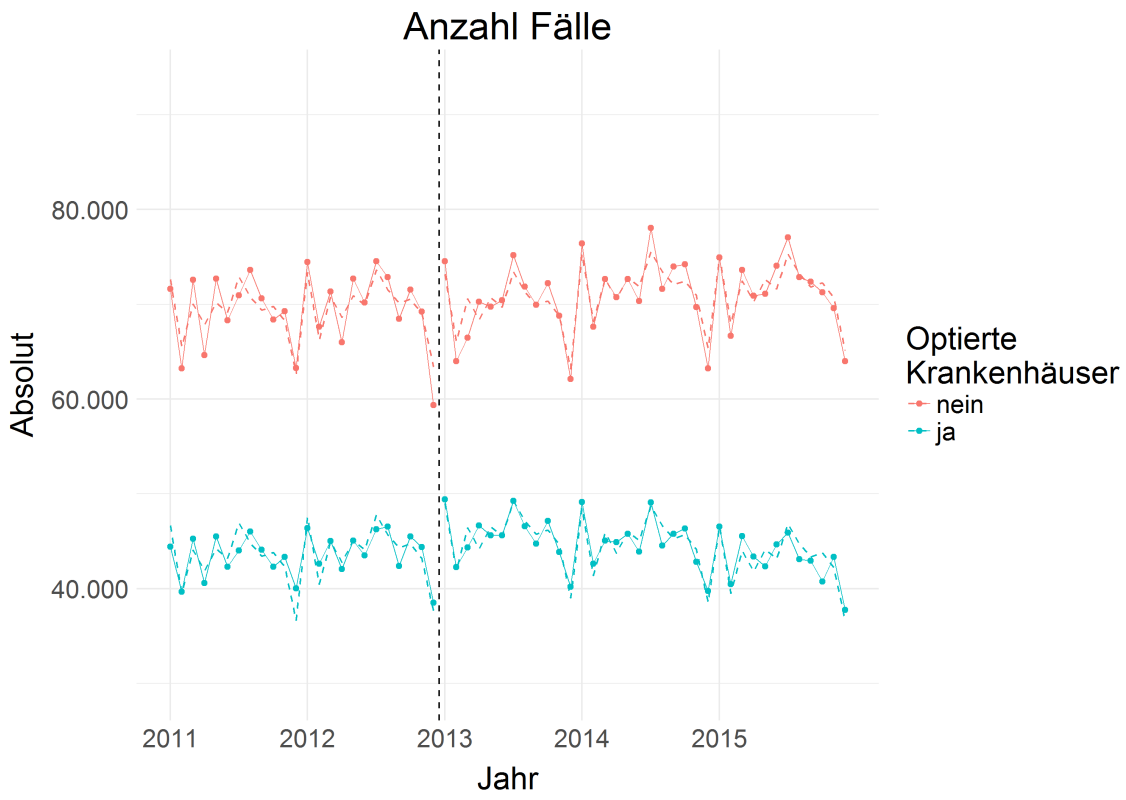
Datenquelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

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

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

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

Inferenzstatistische Analyse der Sekundärdaten



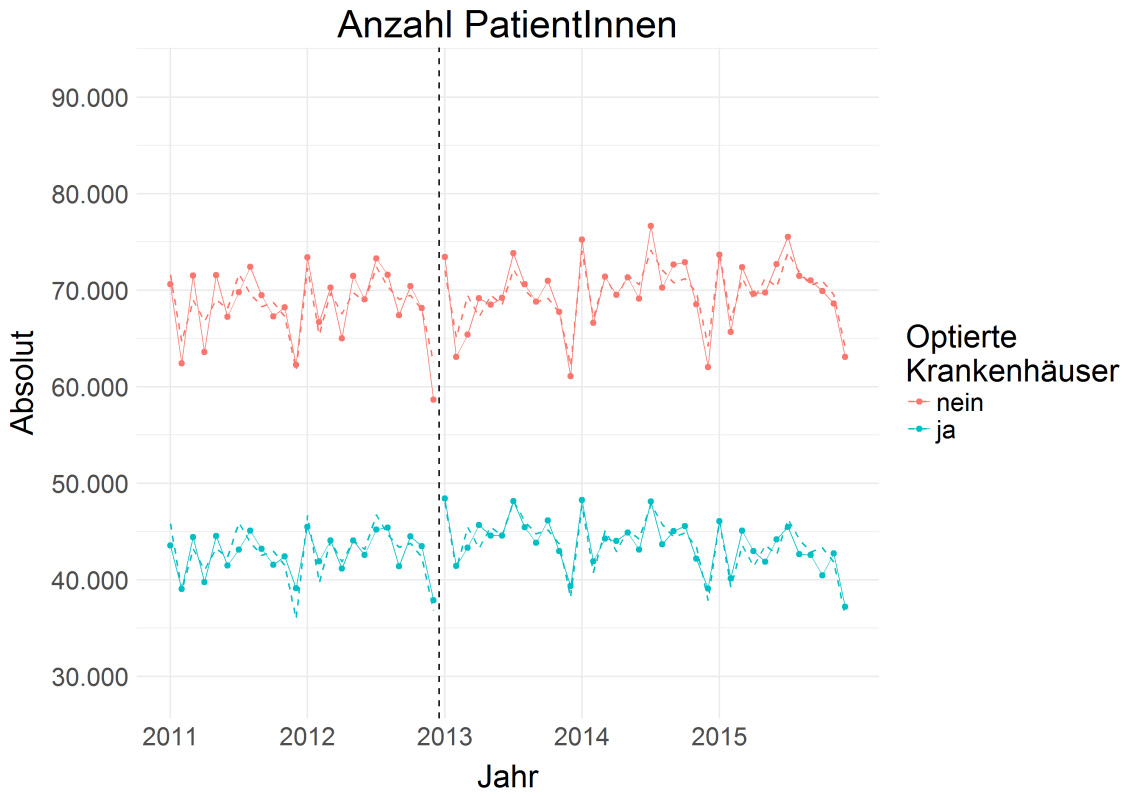
Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum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

Abbildung 6.8.: Anzahl Fälle

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

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

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



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

Abbildung 6.9.: Anzahl PatientInnen

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

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

6.2. Diskussion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Im Kontext der regulatorisch initiierten Umstellung der Vergütung von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausleistungen stellt sich die Frage, ob und inwieweit Krankenhäuser mit einer Anpassung der Behandlung von PatientInnen reagieren. Die Evidenz aus den USA deutet darauf hin, dass das dortige DRG-basierte prospektive Entgeltsystem einen Einfluss auf die Verweildauer von PatientInnen im Krankenhaus hatte [17]. Weitere Studien zeigen, dass Veränderungen in der Vergütung von Leistungen auch das Behandlungsspektrum, die Therapieform und die Krankenhausprozesse verändern können [1].

Die folgenden Unterkapitel beschreiben daher vor allem die Veränderungen der Behandlung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems hat zu einer Vielzahl von Preisänderungen für stationäre Versorgungsleistungen geführt. Diese Preisänderungen können unter anderem einen Anreiz schaffen, das Behandlungsangebot eines Krankenhauses auszuweiten (oder ggf. zu reduzieren). Potenzielle Veränderungen in der vollstationären Versorgung sollen anhand der absoluten Häufigkeit der im Psych-Entgeltbereich abgerechneten Behandlungstage gemessen und im Zeitverlauf dargestellt werden.

In Bezug auf das Behandlungsspektrum ist beispielsweise die Entwicklung im Bereich spezifischer therapeutischer Verfahren und begleitender Behandlungsangebote ein wichtiger zu untersuchender Indikator. Für den vorliegenden Bericht wird hierfür auf Daten der Krankenhausbefragung zurückgegriffen. Die stationäre psychiatrische/psychosomatische Behandlung kann auch hinsichtlich ihrer Inhalte in Regel- und Intensivbehandlung unterschieden werden. Gemäß Kodierrichtlinien ist eine Intensivbehandlung mit besonders hohem Betreuungsaufwand und dem Vorliegen bestimmter PatientInnenmerkmale (z. B. Anwendung von Sicherungsmaßnahmen, akute Selbst- oder Fremdgefährdung) verbunden [38]. Auch bei konstantem Behandlungsvolumen könnte es aufgrund der Einführung von PEPP zu Verschiebungen innerhalb des Therapie- bzw. Behandlungsspektrums, d. h. zwischen der Regel- und Intensivbehandlung, kommen. Diese Verschiebungen können sowohl medizinische (z. B. Prozess- und Ergebnisqualität) als auch ökonomische (z. B. Kosten bzw. Vergütung) Auswirkungen haben. Die Indikatoren „Anteil Behandlungstage mit Regelbehandlung an allen Behandlungstagen“ bzw. „Anteil Behandlungstage mit Intensivbehandlung an allen Behandlungstagen“ sollen einen Überblick über Veränderungen des Behandlungsspektrums geben, die ggf. mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems in Zusammenhang stehen. In Ergänzung dazu, wurde für diesen Indikator die deskriptive Analyse durch eine inferenzstatistische Analyse erweitert.

In stationären Einrichtungen findet eine Vielzahl interdependenter Prozesse statt, die insbesondere medizinisch, aber häufig auch administrativ begründet sind. Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems kann z. B. über strukturelle und verwaltungsbedingte Veränderungen Einfluss auf die medizinischen Arbeitsabläufe haben. Dass der Wechsel der Vergütungsmodalitäten einen erhöhten Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand für das medizinische Personal bedeutet, ist zumindest für die unmittelbare Zeit nach der Umstellung anzunehmen. Doch auch langfristig verändern sich die Arbeitsabläufe, sodass die für medizinische Behandlungsprozesse verfügbare Zeit u. U. beeinträchtigt werden kann. Der ausgewählte Indikator „Mittlere Verweildauer“ misst die durchschnittliche Anzahl der Behandlungstage je Fall. Sollten Veränderungen in den Prozessen der Krankenhäuser die medizinische Behandlung beeinflussen, könnten sich erste Anzeichen in Veränderungen der mittleren Verweildauer niederschlagen. Auch für diesen Indikator wurde zusätzlich eine inferenzstatistische Analyse durchgeführt.

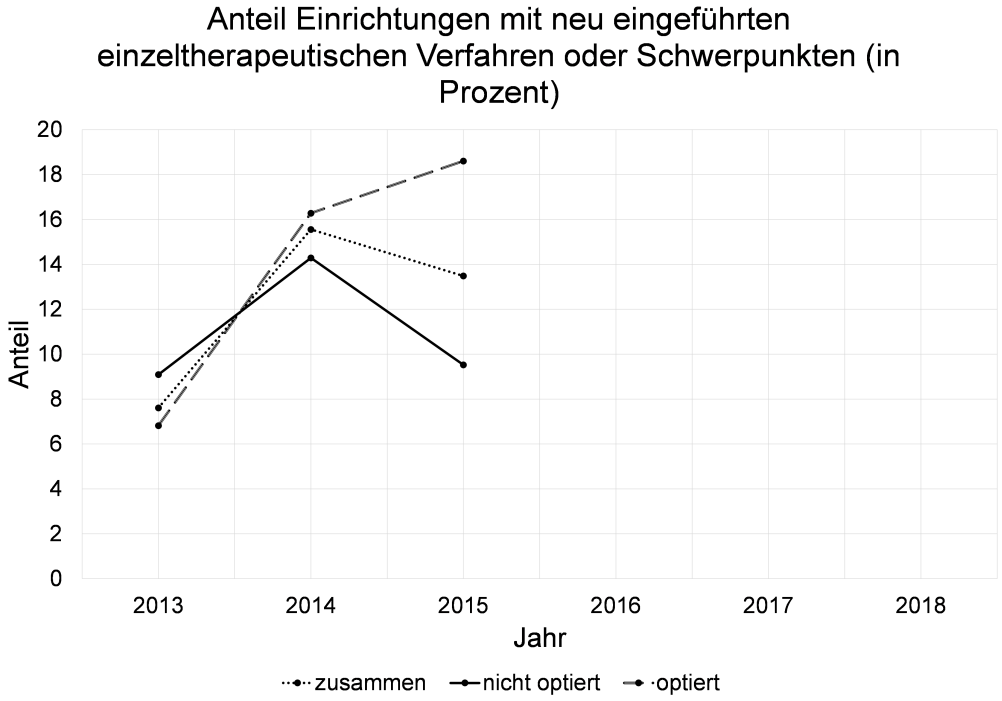
Die Untersuchung der Entwicklung des Behandlungsspektrums und der Therapieformen sowie der Krankenhausprozesse basiert auf – primär auf für diesen Zweck erhobenen – Daten einer Krankenhausbefragung sowie auf aggregierten und fallbezogenen Leistungsdaten der Krankenhäuser (Datengrundlage gem. § 21 KHEntgG) sowie Daten des Statistischen Bundesamtes. Im Fokus stehen hierbei die Datenjahre 2011 bis 2015, d. h. der Zeitraum vor und nach der optionalen Einführung des PEPP-Entgeltsystems.

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

7.1. Behandlungsspektrum und Therapieformen

Deskriptive Analyse der Primärdaten

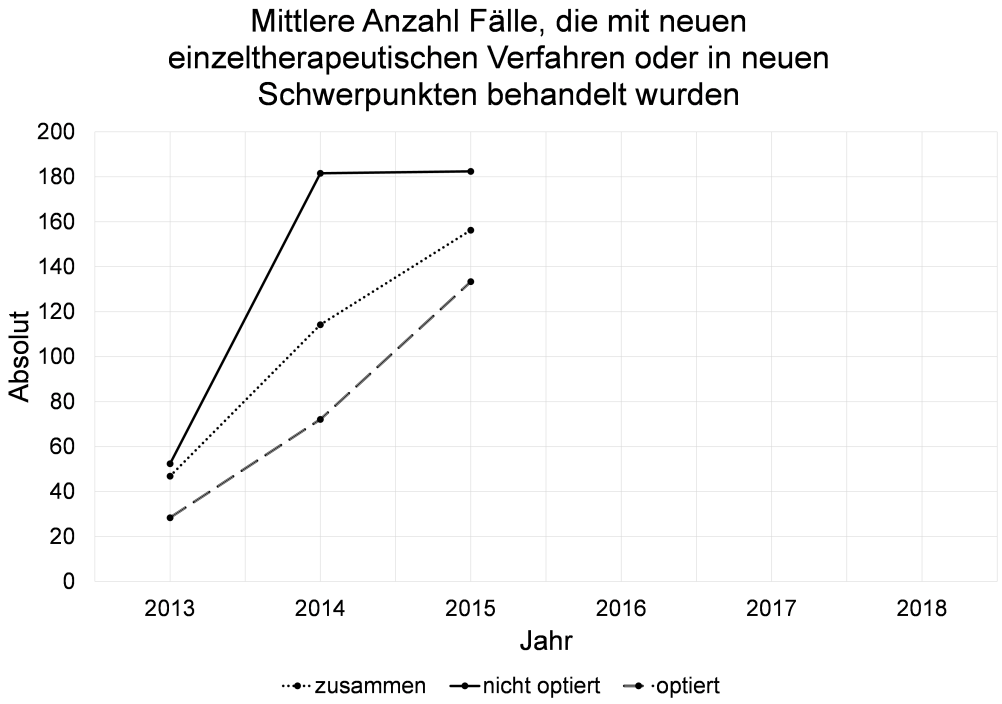
Das Leistungsspektrum wird durch den Krankenhausfragebogen Teil B erfasst, der innerhalb der Einrichtungen von den MitarbeiterInnen mit PatientInnenkontakt beantwortet wurde. Von Teil B liegen insgesamt 93 ausgefüllte Fragebögen für die nachfolgenden Auswertungen vor.



Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

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

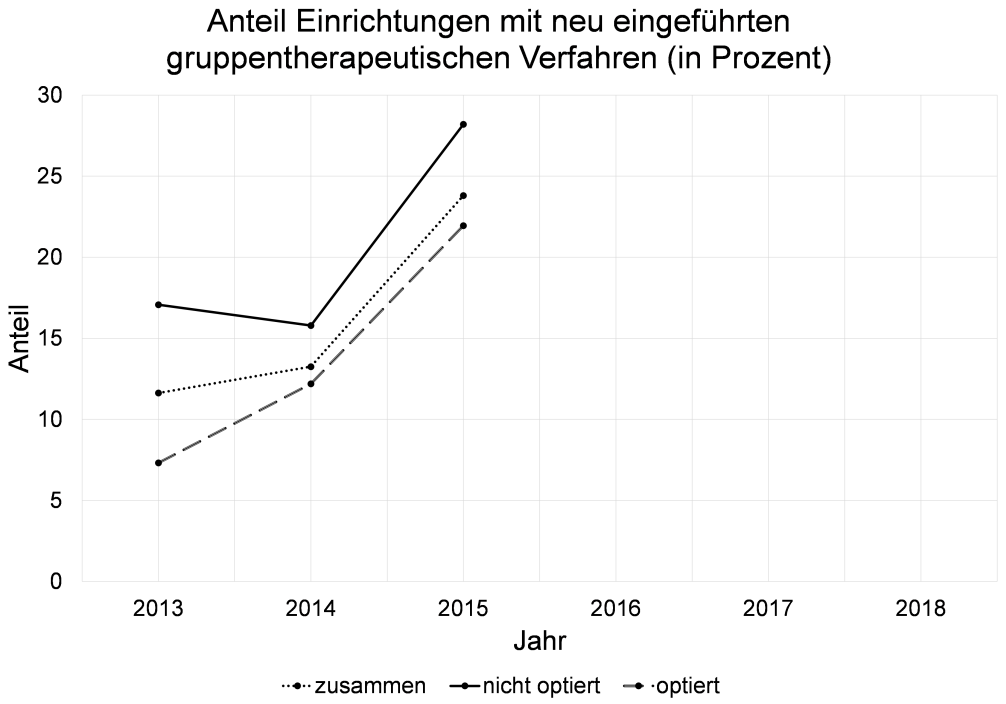
In Optionshäusern steigt die Anzahl neu eingeführter einzeltherapeutischer Verfahren bzw. Schwerpunkte über die Jahre kontinuierlich an. Im Jahr 2013 liegt der Anteil an Einrichtungen, die mindestens ein einzeltherapeutisches Verfahren neu eingeführt haben, bei 6,8 Prozent, im Jahr 2014 liegt er bei 16,3 Prozent und steigt auf 18,6 Prozent in 2015 an (s. Abbildung 7.1). Eine gegenläufige Entwicklung findet in den Nicht-Optionshäusern statt. Im Jahr 2013 liegt der Anteil mit 7,6 Prozent noch über dem der Optionshäuser, im Jahr 2014 mit 14,3 Prozent schon etwas darunter. Im Jahr 2015 fällt der Anteil auf 9,5 Prozent und liegt damit rund 9 Prozentpunkte unter dem der Optionshäuser.



Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

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

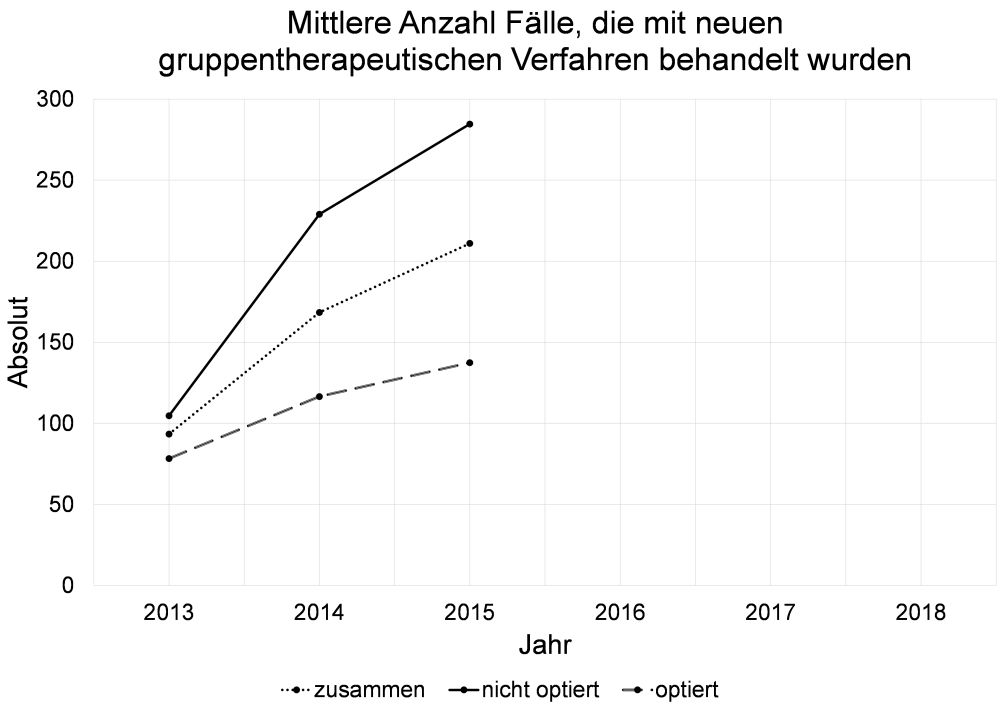
In den Optionshäusern steigt die Anzahl der mit neu eingeführten, einzeltherapeutischen Verfahren bzw. neu eingeführten Schwerpunkten behandelten Fälle kontinuierlich von durchschnittlich 28,4 Fällen im Jahr 2013 über 72,1 Fälle im Jahr 2014 auf 133 Fälle im Jahr 2015 an (s. Abbildung 7.2). In den Nicht-Optionshäusern steigt die Anzahl der Fälle von zunächst 52,4 Fällen in 2013 auf 182 Fälle in 2014 stark an, um dann im Jahr 2015 auf diesem Niveau zu stagnieren. Insgesamt gaben 33 der 93 Einrichtungen an, in den Jahren 2013 bis 2015 neue einzeltherapeutische Verfahren oder Schwerpunkte eingeführt zu haben. Lediglich eine Einrichtung berichtete, dass dafür andere Verfahren oder Schwerpunkte eingestellt oder reduziert wurden.



Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 7.3.: Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten gruppentherapeutischen Verfahren (in Prozent)

Auch der Anteil der Einrichtungen, die im Beobachtungszeitraum neue gruppentherapeutische Verfahren einführten, steigt in der Gruppe der Optionshäusern über die Jahre kontinuierlich an (7,3; 12,2; 22,0 Prozent, s. Abbildung 7.3). In Nicht-Optionshäusern fällt der Anteil auf vergleichsweise hohem Niveau von 2013 auf 2014 leicht ab (17,1; 15,8 Prozent), um zum Jahr 2015 wieder deutlich auf 28,2 Prozent anzusteigen.

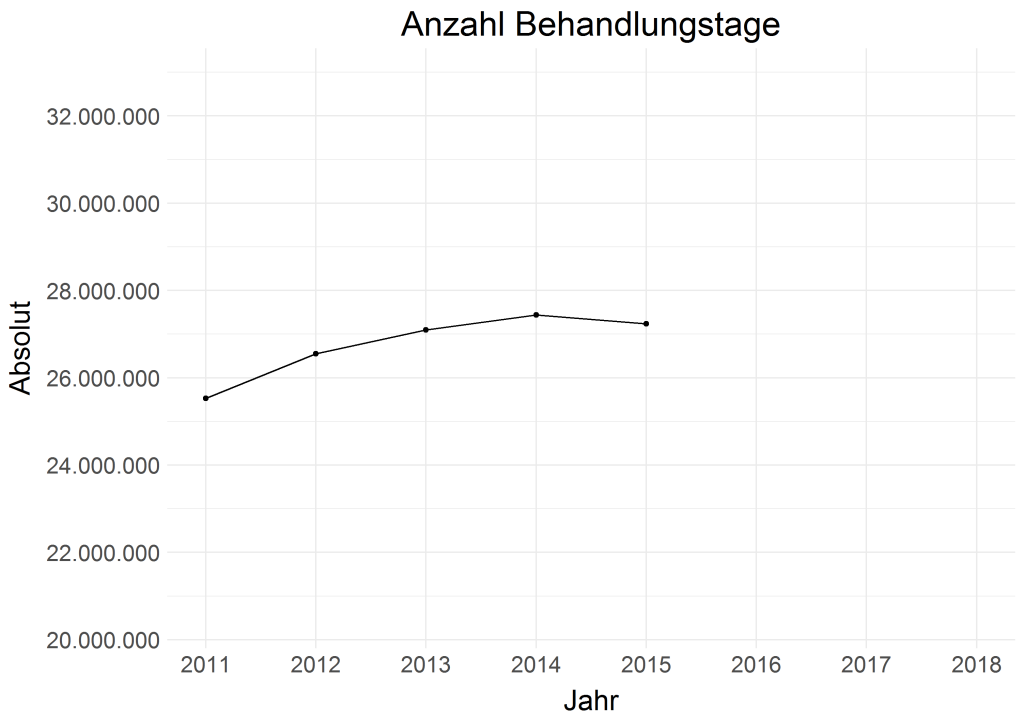


Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 7.4.: Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen gruppentherapeutischen Verfahren behandelt wurden

Parallel zur steigenden Anzahl neu eingeführter gruppentherapeutischer Verfahren steigen die Zahlen der damit behandelten Fälle stetig an, in Optionshäusern von durchschnittlich 78,3 Fällen im Jahr 2013 auf 137 Fälle im Jahr 2015, in Nicht-Optionshäusern von 105 auf 285 Fälle pro Jahr (s. Abbildung 7.4).

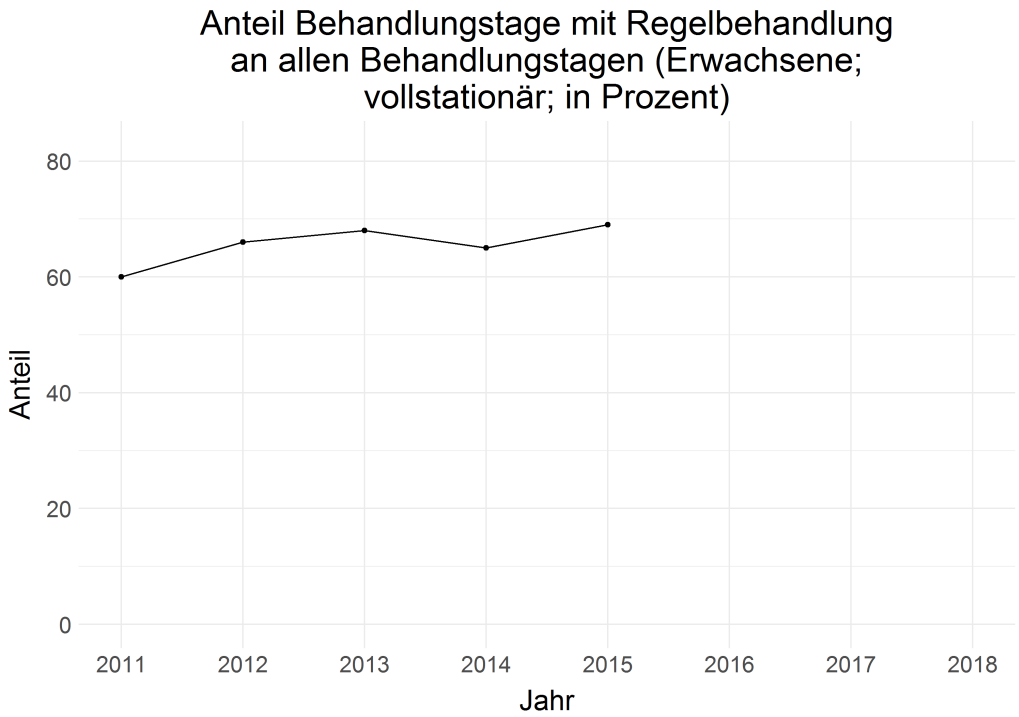
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



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

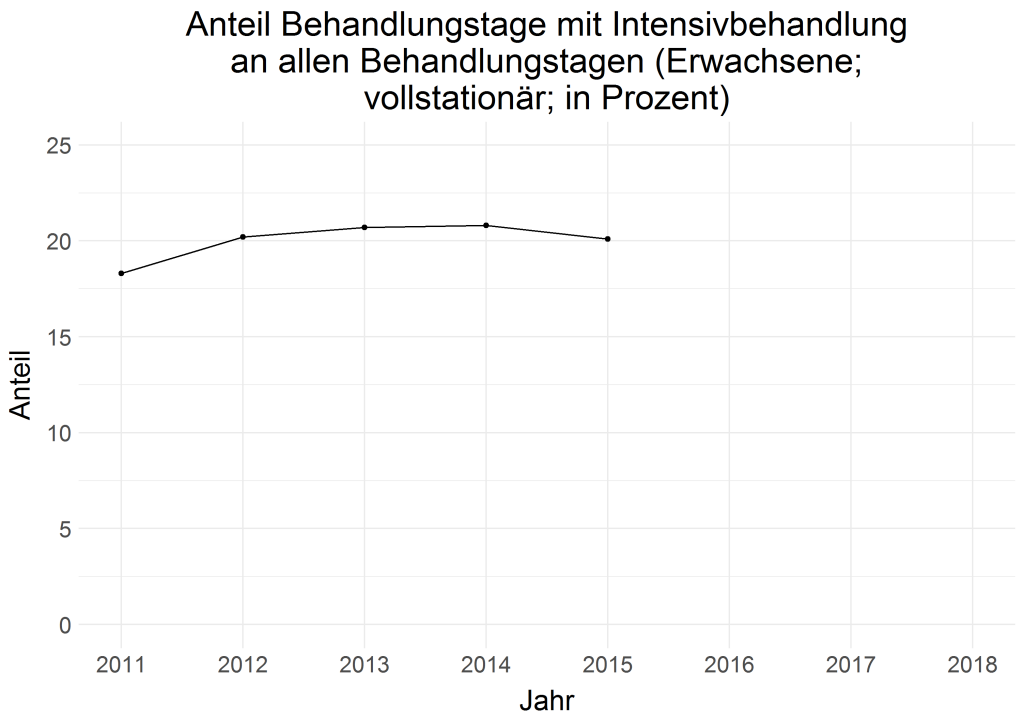
Abbildung 7.5.: Anzahl Behandlungstage

Abbildung 7.5 beschreibt die Anzahl der Behandlungstage aus dem Psych-Entgeltbereich von 2011 bis 2015, wobei Fälle aus psychosomatischen Einrichtungen nicht berücksichtigt worden sind. Im Jahr 2011 wurden insgesamt 25 532 380 und im Jahr 2015 27 238 221 Behandlungstage dokumentiert. Während die Zahl der Behandlungstage bis zum Jahr 2014 auf 27 436 683 anstieg (+7,5 Prozent), fiel sie im Folgejahr leicht um 0,7 Prozent. Für den gesamten Berichtszeitraum ergibt sich damit ein Zuwachs in Höhe von rund 6,7 Prozent. Die beschriebene Entwicklung war relativ heterogen, wenn auf der Ebene der Bundesländer ausgewertet wurde. Während die Anzahl der Behandlungstage aus dem Psych-Entgeltbereich in Schleswig-Holstein im Zeitraum vor der Einführung von PEPP stark abnahm (−8,4 Prozent), konnte in Baden-Württemberg ein deutlicher Zuwachs registriert werden (+12,5 Prozent). Nach der Einführung von PEPP hingegen, stieg die Anzahl an Behandlungstagen in Schleswig-Holstein in den Jahren 2013 bis 2015 um 25,4 Prozent stark an, während sich im selben Zeitraum der Zuwachs in Baden-Württemberg nur leicht fortsetzte (+1,6 Prozent). Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 erlaubt den interessierten LeserInnen weitere detaillierte beschreibende Analysen zu diesem Indikator unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=2601&criterion=Gesamt.



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

Abbildung 7.6.: Anteil Behandlungstage mit Regelbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)



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

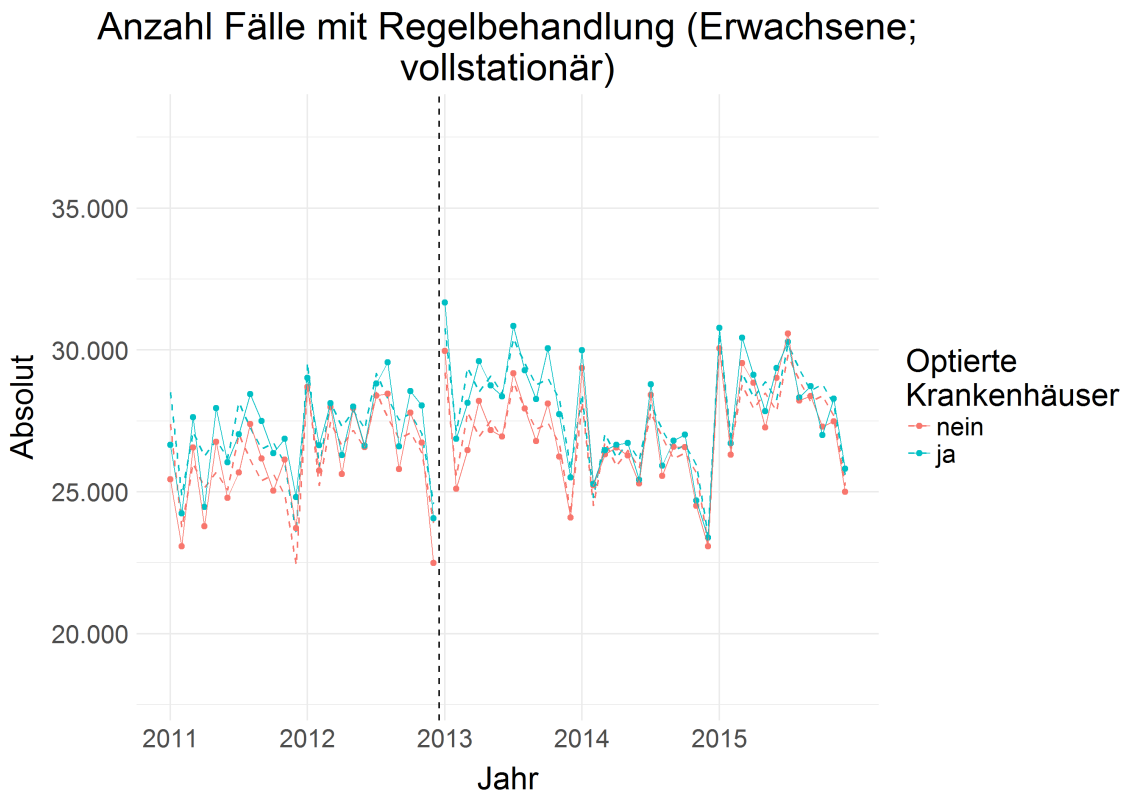
Abbildung 7.7.: Anteil Behandlungstage mit Intensivbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)

Die Abbildungen 7.6 bzw. 7.7 beschreiben die Entwicklung des Anteils vollstationärer Behandlungstage mit Regel- bzw. Intensivbehandlung[26] bei Erwachsenen an allen vollstationären Behandlungstagen für Erwachsene im Zeitraum von 2011 bis 2015. Eine psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung umfasst ärztliche und ggf. psychologische Gespräche sowie die Basisversorgung durch weitere Berufsgruppen im Krankenhaus. Dementsprechend wird eine Intensivbehandlung kodiert, wenn ein verstärkter Betreuungsaufwand besteht, beispielsweise durch die Notwendigkeit von Sicherungsmaßnahmen aufgrund akuter Fremd- oder Selbstgefährdung. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt zumeist bei häufigen, nicht planbaren und zeitlich begrenzten Einzelkontakten.

Der Anteil der Behandlungstage für die Regelbehandlung betrug im Jahr 2011 60 Prozent und im Jahr 2015 69 Prozent (+9,0 Prozentpunkte). Der Anteil der Behandlungstage mit Intensivbehandlung betrug im Jahr 2011 18 Prozent und im Jahr 2015 20 Prozent (+2,0 Prozentpunkte). Während der Anteil in der Regelbehandlung bis 2013 kontinuierlich anstieg (auf 68 Prozent) und im Jahr 2014 auf 65 Prozent zurückging, stieg der Anteil in der Intensivbehandlung bis zum Jahr 2014 kontinuierlich auf 21 Prozent und sank erst im Folgejahr um einen Prozentpunkt. Weitergehende Analysen und zusätzliche Differenzierungsmöglichkeiten zu diesem Indikator sind unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=4201&criterion=Gesamt bzw. https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=4202&criterion=Gesamt zu finden.

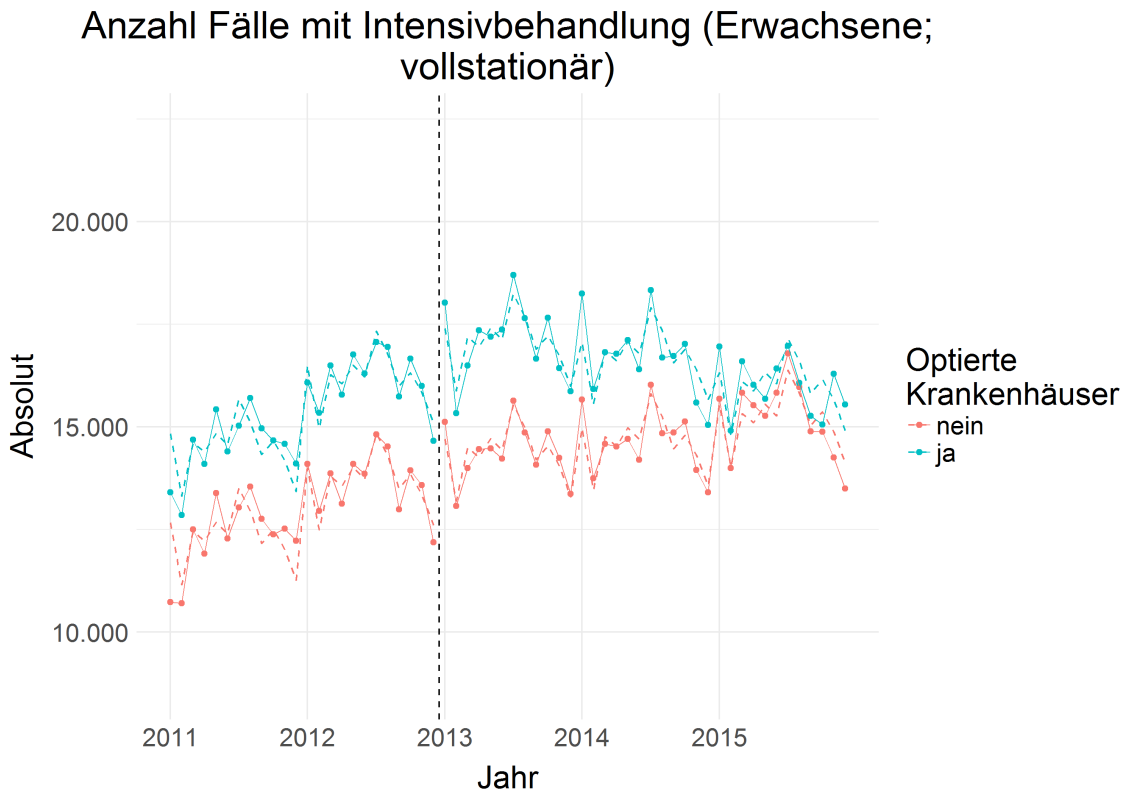
[26] Die Merkmale „Regel-“ bzw. „Intensivbehandlung“ wurden anhand der entsprechenden OPS-Kodes in den Abrechnungsdaten identifiziert. Weitere Behandlungsmerkmale bei psychischen und psychosomatischen sowie Verhaltensstörungen bei Erwachsenen umfassen u. a. die sogenannte Komplexbehandlung, erhöhten Betreuungsaufwand, kriseninterventionelle Behandlung sowie eine ganze Reihe weiterer Merkmale zur Abbildung unterschiedlicher Maßnahmen (vgl. https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/index.htm).

Inferenzstatistische Analyse der Sekundärdaten



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

Abbildung 7.8.: Anzahl Fälle mit Regelbehandlung (Erwachsene; vollstationär)



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

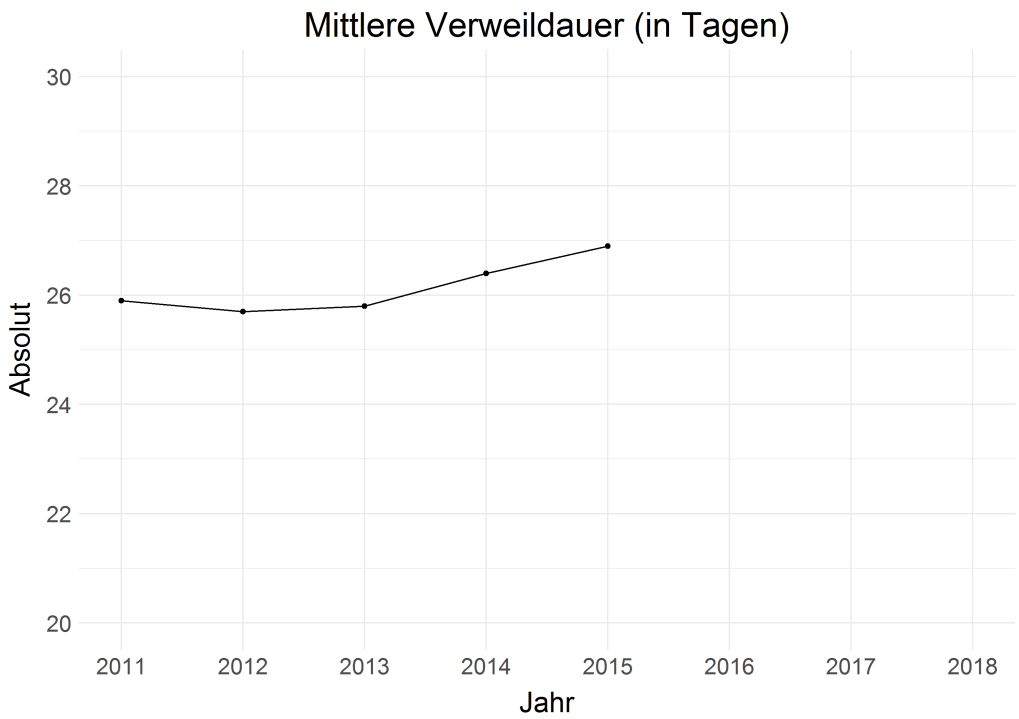
Abbildung 7.9.: Anzahl Fälle mit Intensivbehandlung (Erwachsene; vollstationär)

Zusätzlich zur beschreibenden Analyse der Behandlungsmerkmale „Regel“ bzw. „Intensiv“ wird die jeweilige Fallzahl zusätzlich inferenzstatistisch untersucht. Der Fokus liegt hierbei allerdings auf der Frage, ob sich die Fallzahlen nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems in der Gruppe der Optionskrankenhäuser und der Gruppe der Nicht-Optionshäuser unterschiedlich entwickelt hat. Es ist zu beachten, dass die beiden Indikatoren für die inferenzstatistische Analyse (gegenüber der deskriptiven Auswertung, s. o.) hierfür neu operationalisiert wurden. Konkret wurde die Anzahl der Fälle (nur vollstationär behandelte Erwachsene) berechnet, bei denen mindestens einmal das Merkmal „Regelbehandlung“ (Abbildung 7.8) bzw. „Intensivbehandlung“ (Abbildung 7.9) anhand einer entsprechenden OPS-Kodierung identifiziert wurde. Das Ausgangsniveau der Fallzahlen unterscheidet sich zwischen der Quasi-Experimental- und der Kontrollgruppe mehr (Intensivbehandlung) oder weniger (Regelbehandlung) deutlich. Für beide Indikatoren sind ein leicht positiver zeitlicher Trend und ausgeprägte saisonale Schwankungen zu beobachten.

Die grafische Auswertung wird durch die Ergebnisse der Regressionsanalyse ergänzt, die in Tabelle E.10 dargestellt sind. Ein spezieller Effekt für die Gruppe der PEPP-Optionshäuser im Zeitraum von 2013 bis 2015 im Vergleich mit den Häusern, die über den gesamten Beobachtungszeitraum TGPS abrechnen, ist statistisch weder für die Anzahl der Fälle mit Regel- noch mit Intensivbehandlung nachweisbar (jeweils $p > 0{,}1$). Um zu überprüfen, ob die Ergebnisse der Regressionsanalyse möglicherweise auf Unterschiede in der PatientInnenpopulation zwischen den Häusern der Quasi-Experimental- und der Kontrollgruppe zurückzuführen sind, wurde das Modell erweitert und zusätzlich für die zweistellige ICD-Hauptdiagnose der PatientInnen kontrolliert. Auch in diesem Modell kann weder für die Fallzahl mit Regel- noch mit Intensivbehandlung im Zeitraum nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems (2013 bis 2015) für die Gruppe der Optionshäuser im Vergleich zur Kontrollgruppe ein signifikanter Effekt beobachtet werden.

7.2. Krankenhausprozesse

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



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

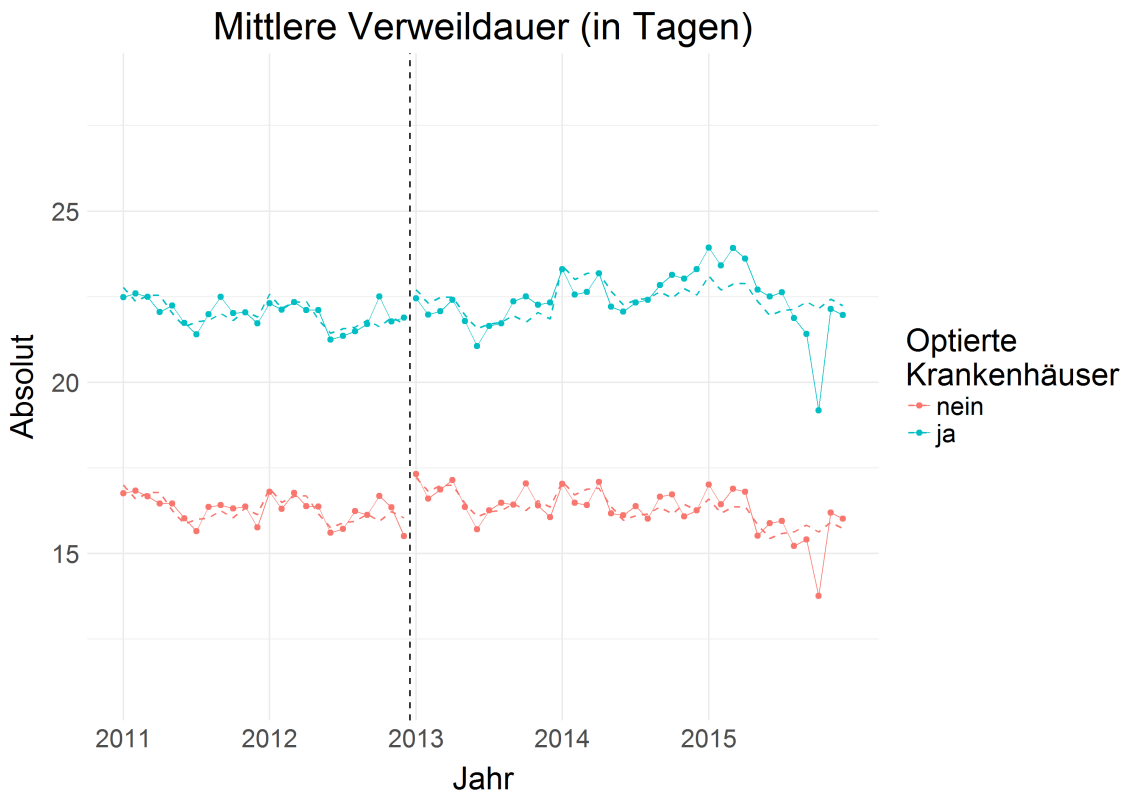
Abbildung 7.10.: Mittlere Verweildauer (in Tagen)

Abbildung 7.10 beschreibt die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in den Jahren 2011 bis 2015. Die Verweildauer fällt zunächst von 25,9 Tagen im Jahr 2011 auf 25,7 Tage im Jahr 2012 (−0,8 Prozent) und steigt in den Folgejahren kontinuierlich auf 26,9 Tage (+3,9 Prozent) im Jahr 2015 an. Der Indikator ist in dieser und in weiteren Differenzierungsebenen unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=4501&criterion=Gesamt

abrufbar. Auch hier liegen Unterschiede zwischen den Bundesländern vor: In Hessen stieg die durchschnittliche Verweildauer im Analysezeitraum kontinuierlich um insgesamt 9,3 Prozent an, während in Rheinland-Pfalz ein Rückgang um 5,3 Prozent belegt ist. In anderen Bundesländern konnten gegenläufige Entwicklungen der mittleren Verweildauer im Vergleich der Zeiträume vor und nach der Einführung von PEPP, beobachtet werden (Saarland, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Berlin und Brandenburg). In diesen Bundesländern sank zunächst die mittlere Verweildauer bis 2012, bevor diese in den Folgejahren nach der PEPP-Einführung wieder anstiegen.

Das 75-Prozent-Quartil für die Verweildauer ging zunächst von 60,2 Tagen in 2011 auf 58,7 Tage in 2013 kontinuierlich zurück (−2,5 Prozent) und stieg in den Folgejahren um 1,9 Tage (+3,2 Prozent) auf 60,6 Tage im Jahr 2015. Demnach konnte im Zeitraum von 2011 bis 2013 zunächst eine Veränderung der Verteilung zugunsten niedriger und im Folgezeitraum bis 2015 eine Veränderung zugunsten längerer Verweildauern beobachtet werden. Auch diese Kennzahl ist von der oben beschriebenen Änderung der Abrechnungsregeln ab dem Jahr 2015 betroffen. Diese und weitere Differenzierungsbenen des Indikators können unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=4602&criterion=Gesamt abgerufen werden.

Inferenzstatistische Analyse der Sekundärdaten



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

Abbildung 7.11.: Mittlere Verweildauer (in Tagen)

Abbildung 7.11 stellt die zeitliche Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer grafisch dar. In Tabelle E.12 werden die entsprechenden Regressionsschätzer berichtet. Das Ausgangsniveau der mittleren Verweildauer unterscheidet sich deutlich zwischen der Quasi-Experimental- und der Kontrollgruppe: in den für PEPP optierten Krankenhäusern ist die mittlere Verweildauer um 5,7 Tage ($p < 0{,}001$) höher als in TGPS-Häusern. In der gruppenübergreifenden zeitlichen Entwicklung der Verweildauer ist kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen dem Zeitraum 2013 bis 2015 im Verhältnis zum Zeitraum 2011 bis 2012 nachweisbar (+0,02 Tage, n. s.). Im Vergleich zu den Häusern der TGPS-Kontrollgruppe hat sich die mittlere Verweildauer in den PEPP-Optionshäusern im Zeitraum nach der Einführung des PEPP Entgeltsystems im Schnitt um 0,38 ($p < 0{,}1$) Tage verlängert. Diese Schätzung ist allerdings nur dann als statistisch signifikant zu interpretieren, wenn eine zehnprozentige Irrtumswahrscheinlichkeit akzeptiert wird.

Um auch im Hinblick auf die Verweildauer für Effekte zwischen unterschiedlichen Indikationsgruppen zu unterscheiden, wurden die ICD-Hauptdiagnosen als zusätzlicher Re-

gressor in die Schätzgleichung mit aufgenommen. Die Modellerweiterung unterstützt die Erkenntnisse der Basisanalyse weitgehend, d. h. die zeitunabhängigen Niveauunterschiede zwischen den Gruppen ($p < 0{,}001$) wurden bestätigt, ebenso wie die Abwesenheit eines zeitlichen Trends. Der Koeffizient für die auch im Basismodell nur mit einiger Unsicherheit zu schätzende Verweildauerentwicklung für die PEPP-Optionshäuser im Zeitraum nach der Einführung des neuen Entgeltsystems (2013 bis 2015) wurde durch die ICD-Erweiterung negativ, allerdings ohne statistische Signifikanz. Eine weitere Möglichkeit, die Sensitivität der Schätzung zu testen, besteht darin, das erweiterte Regressionsmodell für eine Subgruppe von Fällen zu schätzen. Im vorliegenden Fall wäre denkbar, dass die Verweildauereffekte insbesondere auf Veränderungen in der Gruppe der Kurzlieger (im Folgenden operationalisiert als Fall mit einer Verweildauer < 8 Tage) zurückzuführen sind. Wird diese Gruppe vor der Schätzung des um ICD-Hauptdiagnosegruppen erweiterten Basismodells ausgeschlossen, ändert sich die statistische Inferenz nicht. Alle Schätzer, d. h. der generelle Niveauunterschied ($p < 0{,}001$), der generelle Unterschied zwischen der Vor- und Nachperiode der PEPP-Einführung (n. s.) sowie der Effekt für die PEPP-Häuser in der Nachperiode (n. s.) blieben robust gegenüber der Veränderung der Stichprobe.

7.3. Diskussion

Die Befragung der Krankenhäuser ergibt, dass die Anzahl neu eingeführter einzel- und gruppentherapeutischer Verfahren ebenso wie die Anzahl damit behandelter Patienten in den Einrichtungen mit unterschiedlichen Vergütungssystemen über die betrachteten Jahre zumeist in vergleichbarer Weise zunehmen. Bei den festgestellten Anstiegen lässt sich nicht unterscheiden, ob das zugrundeliegende Vergütungssystem oder andere Faktoren ursächlich sind.

Die durchgeführten Sekundärdatenanalysen deuten auf eine wachsende Anzahl der Behandlungstage im psychiatrischen Behandlungsbereich sowohl vor als auch nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems hin. Diese Zunahme korreliert mit der zeitgleich beobachteten Steigerung der Fallzahlen (+4,9 Prozent, s. Kapitel 6) bei gleichzeitig moderatem Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer je Fall (+1,0 Tag). Aus klinischer Perspektive sollte der beobachtete Anstieg der Behandlungstage im Zusammenhang mit der generellen Tendenz zum Kapazitätsausbau (z. B. steigende Bettenzahlen, s. Kapitel 4) und unter Berücksichtigung der hohen Nachfrage nach psychiatrischer Versorgung gesehen werden. Generell ist daher von einer Ausweitung des Behandlungsangebotes auszugehen, jedoch lässt sich auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse kein Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems ableiten.

Die Auswertung der Sekundärdaten ergab zudem einen leichten Anstieg des Anteils der Regel- als auch Intensivbehandlungstage an allen Behandlungstagen. Die inferenzstatistischen Analysen konnten einen gruppenunabhängigen Zuwachs der Anzahl der Fälle mit mindestens einem Merkmal „Regel-“ bzw. „Intensivbehandlung“ nach der Einführung des PEPP Entgeltsystems nachweisen und damit die Ergebnisse der deskriptiven Auswertung

stützen. Jedoch konnte kein Unterschied hinsichtlich der Anzahl der Fälle mit Regel- bzw. Intensivbehandlung im Vergleich der optierten zu den nicht optierten Häusern im Zeitraum nach der Einführung des PEPP Entgeltsystems gezeigt werden. Auf Basis dieser Analyse lässt sich dementsprechend ebenfalls kein Wirkungszusammenhang zwischen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems und Veränderungen im Behandlungsspektrum (operationalisiert als Anteil der Fälle mit Intensiv- bzw. Regelbehandlung) ableiten.

Deskriptiv betrachtet stieg die mittlere Verweildauer über den gesamten Beobachtungszeitraum an. Diese Entwicklung konnte mit Hilfe inferenzstatistischer Methoden nicht bestätigt werden. Jedoch unterscheiden sich die Optionshäuser von den Häusern der Vergleichsgruppe hinsichtlich des Ausgangsniveaus statistisch signifikant voneinander, was auf einen Selektionseffekt bei der Optierung für die Abrechnung von PEPP hindeutet. Der spezielle Effekt der Optionshäuser im Vergleich zur Kontrollgruppe für den Zeitraum nach der Einführung des PEPP Entgeltsystems konnte bereits in der Ausgangsspezifikation nur unter Inkaufnahme einer erheblichen Schätzunsicherheit als „signifikant“ angenommen werden. Auch durch erweiterte Modellspezifikationen wurde kein Effekt sichtbar. Zusammenfassend liefern die Ergebnisse also keine belastbaren Hinweise auf einen zeitlichen Trend bei der Entwicklung der Verweildauer noch auf einen im Zusammenhang mit der PEPP-Einführung zu beobachtenden Effekt auf die Optionshäuser. Eine Veränderung der Krankenhausprozesse, die sich in der mittleren Verweildauer niederschlagen, sind zum derzeitigen Zeitpunkt also nicht angezeigt.

Ein Vergleich mit internationalen Erfahrungen bei der Einführung eines pauschalierenden Vergütungssystems in der stationären psychiatrischen bzw. psychosomatischen Versorgung ist auf Basis der verfügbaren Evidenz derzeit nicht möglich. Dies ist darin begründet, dass bei den von uns im Rahmen einer systematischen Literaturübersicht identifizierten Studien stets ein fallpauschalierendes System Gegenstand der Untersuchung war. Im Gegensatz dazu wird im PEPP-Entgeltsystem tagesweise pauschaliert vergütet. Die Anreize zur Verweildaueranpassung (je nach finanziellem Anreiz sind sowohl eine Verweildauerverlängerung als auch eine Verweildauerverkürzung denkbar) sind hierbei deutlich geringer. Außerdem ist anzumerken, dass zusätzlich zur ohnehin nur freiwilligen Anwendung von PEPP weitere (temporäre) regulatorische Maßnahmen zur Abschwächung etwaiger Umstellungseffekte eingesetzt wurden (z. B. krankenhausindividuelle Basisentgeltwerte). Ob eine Veränderung der Behandlung von PatientInnen stattgefunden hat, muss demnach ggf. auf Basis von Beobachtungen über den gesamten – für die Begleitforschung vorgesehenen – Zeitraum (2011 bis 2018) evaluiert werden. Zum Ende des Datenjahres 2015 sind derartige Veränderungen nicht mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems in Verbindung zu bringen.

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

Kodierqualität beschreibt die Richtigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation von Diagnosen, Prozeduren sowie PatientInnencharakteristika im Rahmen der Durchführung einer medizinischen Behandlung. Ein Ziel der Einführung des PEPP-Entgeltsystems ist es, ein leistungsorientiertes Vergütungssystem zu implementieren, welches den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung unterscheidbarer PatientInnengruppen abbildet (§ 17d KHG).[27] Dafür wird für jede Entlassung mithilfe eines Groupers aus den kodierten Diagnosen und Prozeduren sowie zusätzlichen Informationen wie dem Alter der PatientInnen, der Verweildauer und ggf. besonderen Leistungsbestandteilen (z. B. 1:1 Betreuung) eine PEPP definiert. Dementsprechend ist eine hohe Kodierqualität notwendig, um eine Vergütung zu garantieren, die in angemessenem Bezug zum Ressourcenverbrauch für jeden stationären Belegungstag steht. Dabei kann eine unvollständige oder fehlerhafte Kodierung dazu führen, dass die tatsächlich angemessene tagesbezogene Bewertungsrelation nicht erreicht wird.

Unter anderem aufgrund der Einführung neuer OPS-Kodes im Zuge der Einführung von PEPP ist eine Veränderung der Kodierqualität zu erwarten. Zudem gilt, in Vorbereitung auf PEPP, seit dem Jahr 2010 eine erweiterte Dokumentationspflicht. Die sogenannten Deutschen Kodierrichtlinien für Psychiatrie und Psychosomatik wurden vereinbart, um eine Vereinheitlichung der Dokumentation zu schaffen. Neben einer Erhöhung der Kodierqualität aufgrund der erweiterten Dokumentationspflicht werden durch das pauschalierende Vergütungssystem möglicherweise jedoch Anreize geschaffen, Diagnosen zu stellen, welche zu einer höheren Vergütung führen. Forschungsarbeiten aus den USA haben das sogenannte Upcoding vereinzelt untersucht [18]. Da eine Veränderung der Kodierung auch mit anderen Phänomenen (z. B. der Veränderung der Fallzahlen oder Wiederaufnahmen) im Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems einhergehen kann, ist es sinnvoll, potenzielle Effekte dahingehend näher zu untersuchen. Diese Untersuchung wird anhand der im Folgenden erläuterten ausgewählten Indikatoren umgesetzt.

Die Kodierung soll immer so spezifisch wie möglich erfolgen. Das heißt, Restgruppen wie „Sonstige“ oder „Nicht näher bezeichnet“ sollten nur dann kodiert werden, wenn tatsächlich keine spezifische Information dokumentiert worden ist bzw. dokumentierbar ist [22]. Der ausgewählte Indikator „Anteil Fälle mit unspezifischer Kodierung an Fällen mit spezifischer Kodierung“ gibt somit einen Hinweis darauf, wie sich die Ausführlichkeit der Dokumentation im Zeitverlauf entwickelt.

[27] § 17d KHG in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGB I, S. 886), das durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2016 (BGB I, S. 2581) geändert worden ist.

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

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

Der ausgewählte Indikator „Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)“ indiziert Veränderungen in der Kodierung von Komorbiditäten.[28] Ein Anstieg der Kodierung von Komorbiditäten könnte z. B. auf eine ausführlichere Dokumentation hindeuten. Da Komorbiditäten ggf. dazu führen können, dass Fälle einer höher vergüteten PEPP zugeordnet werden, ist der Indikator jedoch auch vor dem Hintergrund zu betrachten, dass Anreize zur vermehrten Kodierung von Begleiterkrankungen bestehen könnten.

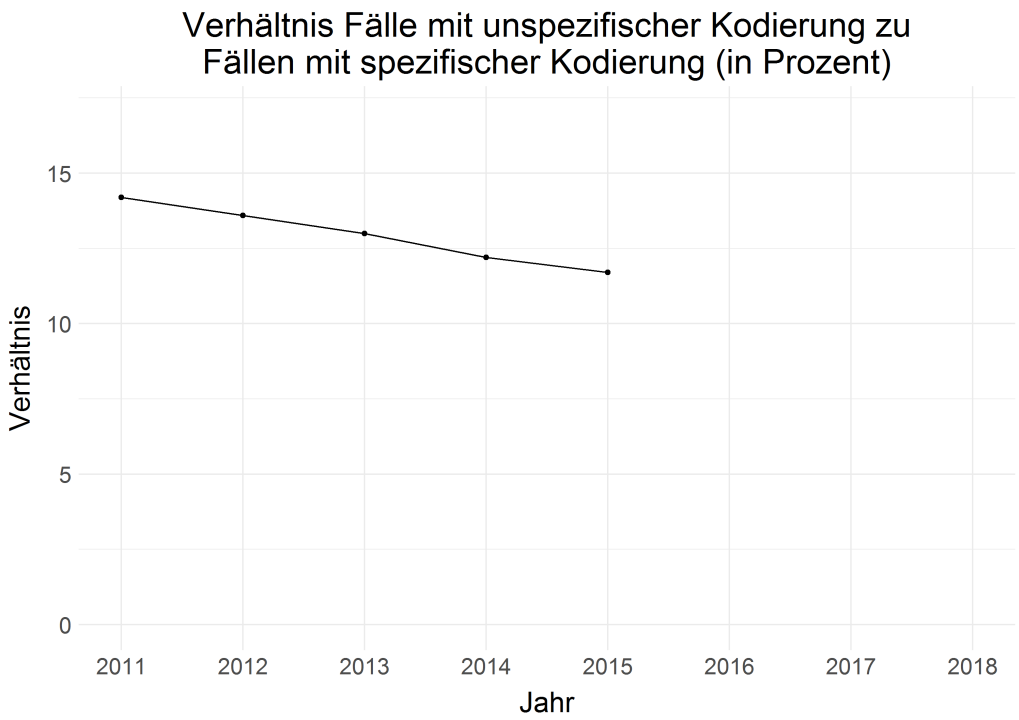
Im Folgenden werden die oben aufgeführten Indikatoren für die vorliegenden Datenjahre 2011 bis 2015 näher betrachtet. Hierbei wird auf die Leistungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland (Datengrundlage gem. § 21 KHEntgG) zurückgegriffen.

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

[28] Häufige somatische Begleiterkrankungen im Sinne diesen Endberichts sind folgende – vom Auftraggeber zur Auswertung vorgegebene – dreistellige ICD-Kodes: B18 (Chronische Virushepatitis); E03-E07 (Krankheiten der Schilddrüse); E10-E14 (Diabetes mellitus); E66 (Adipositas); E78 (Störungen des Lipidstoffwechsels und sonstige Lipidämien); E87 (Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts); G40 (Epilepsie); G62 (Sonstige Polyneuropathien); I10-I15 (Hypertonie); I20-I25 (Ischämische Herzkrankheiten); I48 (Vorhofflimmern und Vorhofflattern); I50 (Herzinsuffizienz); J44 (Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit); J45 (Asthma bronchiale); K70 (Alkoholische Leberkrankheit); N18 (Chronische Nierenkrankheit); N39 (Sonstige Krankheiten des Harnsystems)

8.1. Entwicklung der Kodierung

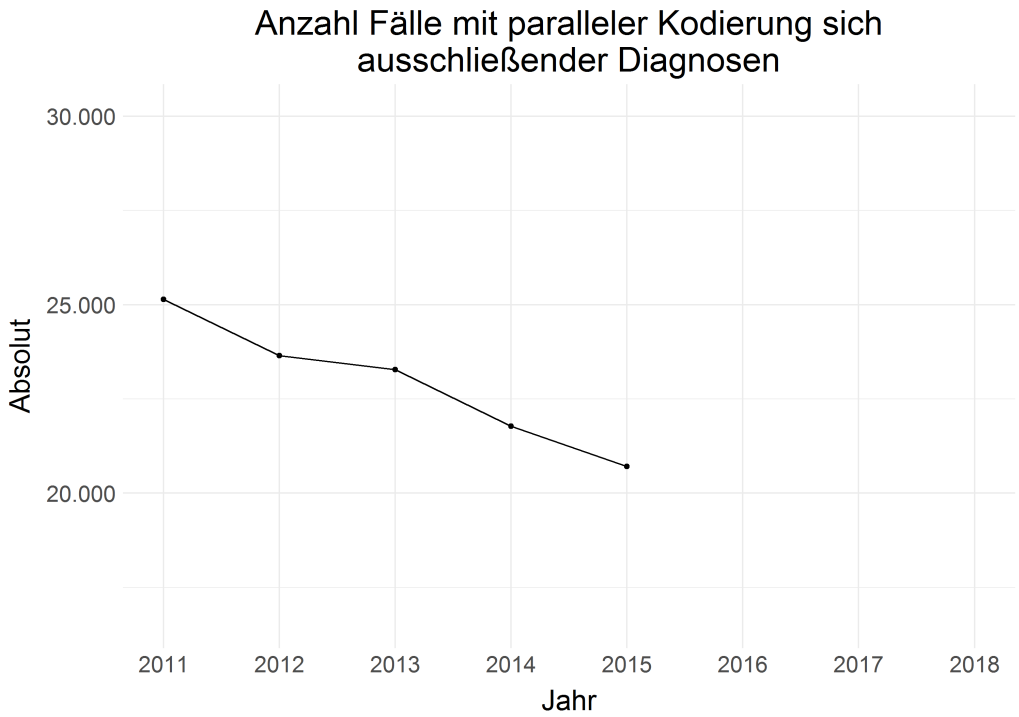
Deskriptive Analyse der Sekundärdaten



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

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

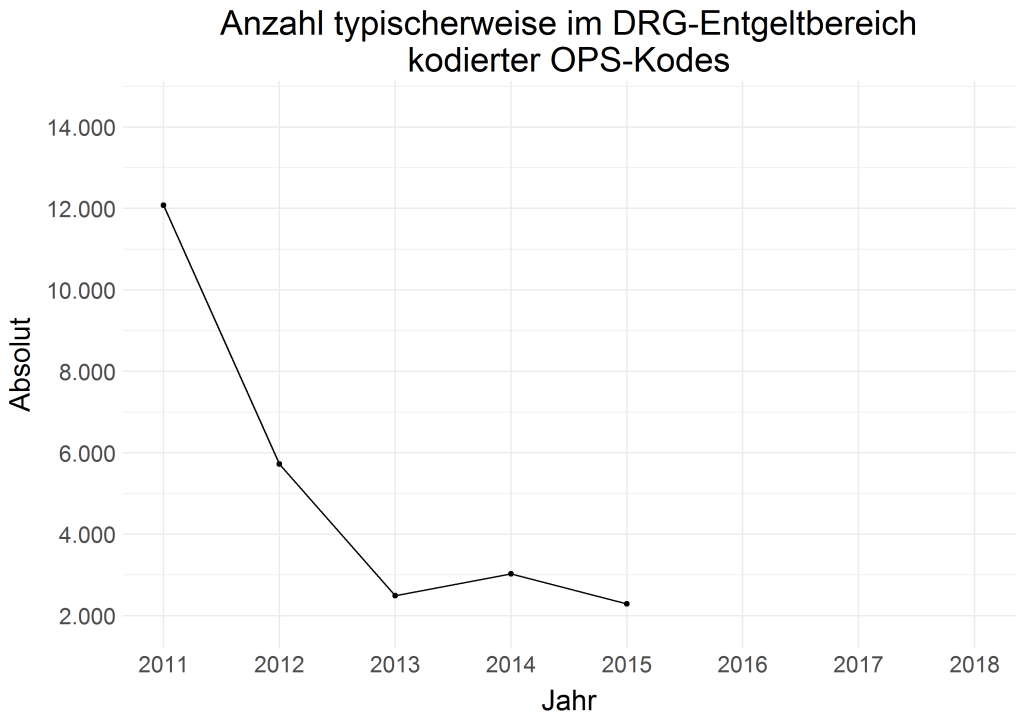
Im Rahmen der ICD-10 Kodierung können Krankheiten präzisiert werden, indem zum Beispiel das Stadium oder die Krankheitsausprägungen kodiert werden. Es gibt allerdings auch die Möglichkeit, eine Krankheit ohne nähere Bezeichnung zu kodieren. Der Indikator, dessen Verlauf über den Zeitraum der Jahre von 2011 bis 2015 in Abbildung 8.1 dargestellt wird, ist definiert als das Verhältnis der Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung. 2011 lag dieser Anteil bei 14,2 Prozent und reduzierte sich im Laufe der Jahre auf 11,7 Prozent (−2,5 Prozentpunkte). Weitere detaillierte Analysen zu dem beschriebenen Indikator können mithilfe des explorativen Datenzugangs gemäß Unterkapitel 3.2 unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=5001&criterion=Gesamt abgerufen werden.



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

Abbildung 8.2.: Anzahl Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen

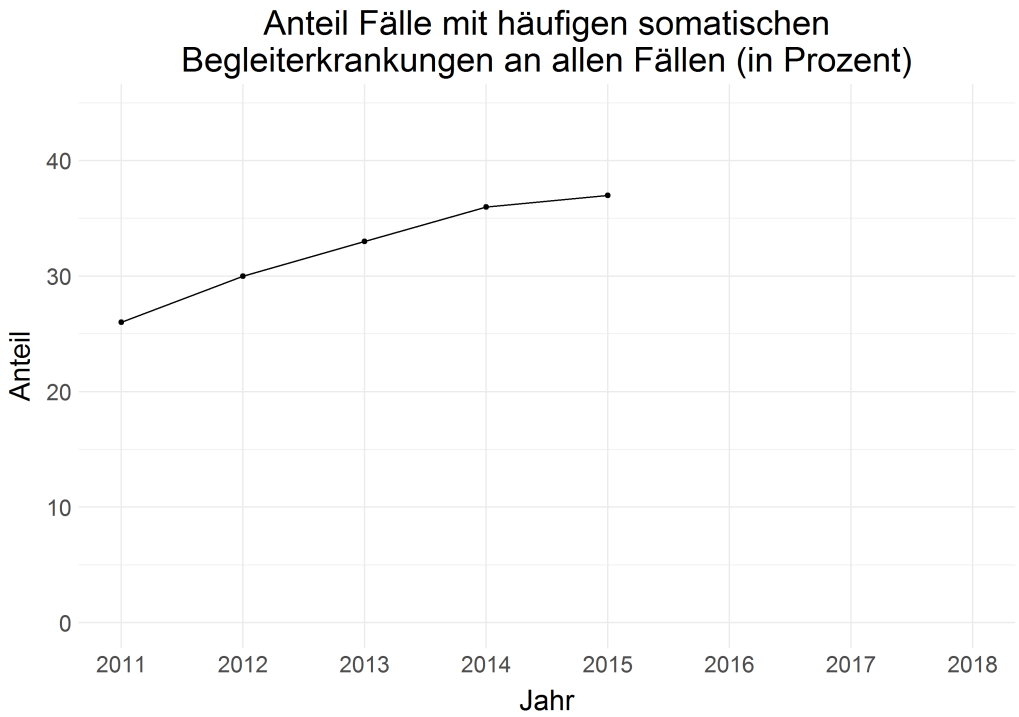
In Abbildung 8.2 wird die Anzahl der Fälle dargestellt, in deren Falldokumentation in den Jahren 2011 bis 2015 sich gegenseitig ausschließende Diagnosen kodiert wurden. Während im Jahr 2011 25 141 Fälle mit einer solchen Kodierung registriert wurden, sank die Anzahl der Fälle im beobachteten Zeitraum um 4 432 auf 20 709 (−17,6 Prozent). Weitere detaillierte Analysen zu diesem Indikator können gemäß Unterkapitel 3.2 unter folgendem Link abgerufen werden: https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=5101&criterion=Gesamt.



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

Abbildung 8.3.: Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes

Die Entwicklung der Anzahl der typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierten OPS-Kodes, die im Psych-Entgeltbereich kodiert wurden, wird für die Jahre 2011 bis 2015 in Abbildung 8.3 grafisch dargestellt. Während in 2011 12 080 Prozeduren kodiert wurden, die typischerweise im DRG-Bereich durchgeführt werden, waren es im Jahr 2013 2 492. Im Jahr 2014 nahm die Anzahl im Vergleich zum Vorjahr wieder leicht zu und sank im darauffolgenden Jahr auf 2 292. Über den beobachteten Zeitraum konnte ein Rückgang von 81,0 Prozent beobachtet werden. Diese Entwicklung scheint sich dabei ab dem Jahr 2013 auf einem niedrigen Niveau zu stabilisieren. Der explorative Datenzugang gemäß Unterkapitel 3.2 kann für weitere Analysen zu diesem Indikator unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=5201&criterion=Gesamt herangezogen werden.

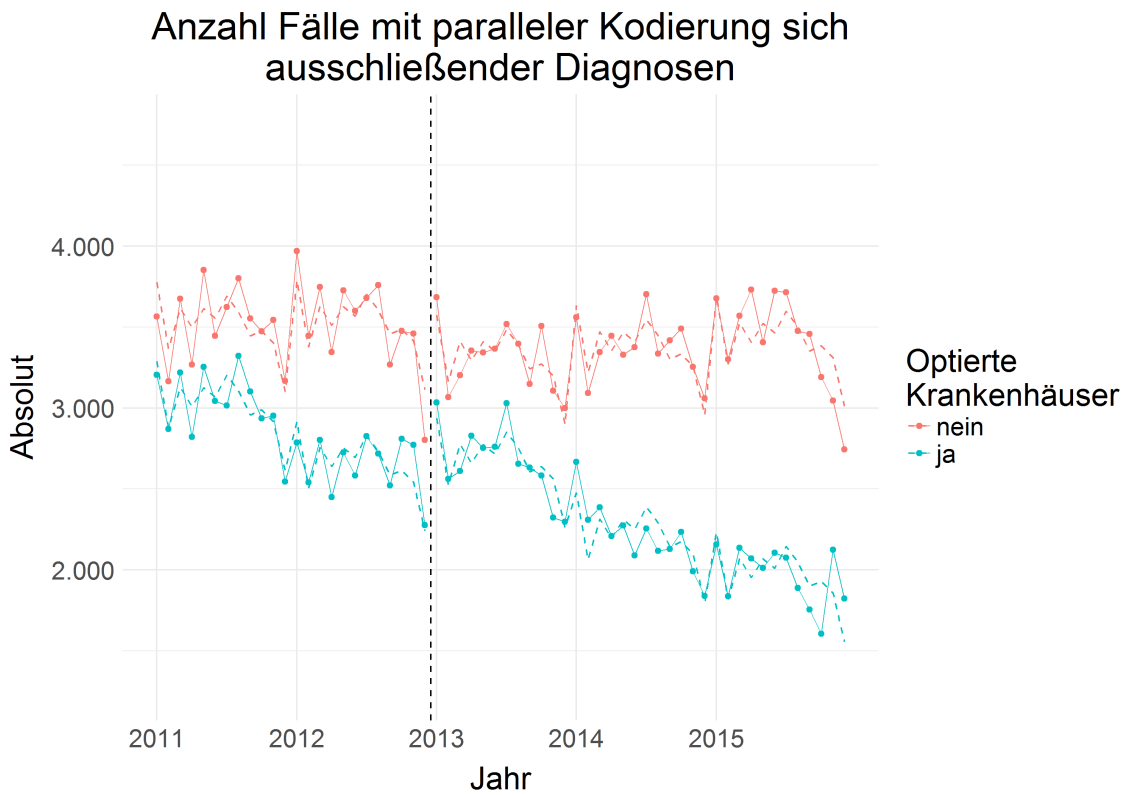


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 8.4.: Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)

Die Abbildung 8.4 beschreibt die Entwicklung des Anteils der Fälle mit einer oder mehreren kodierten Nebendiagnosen, die häufig auftretende somatische Begleiterkrankungen darstellen. Im Jahr 2011 betraf das 26 Prozent der Fälle. Im beobachteten Zeitraum stieg dieser Anteil auf 37 Prozent. Es wurden folglich mehr Fälle (+11,0 Prozentpunkte) mit mindestens einer häufigen somatischen Komorbidität stationär oder teilstationär im Psych-Entgeltbereich behandelt. Weitere detaillierte Analysen zu diesem Indikator können gemäß Unterkapitel 3.2 unter folgendem Link abgerufen werden: https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=4902&criterion=Gesamt.

Inferenzstatistische Analyse der Sekundärdaten



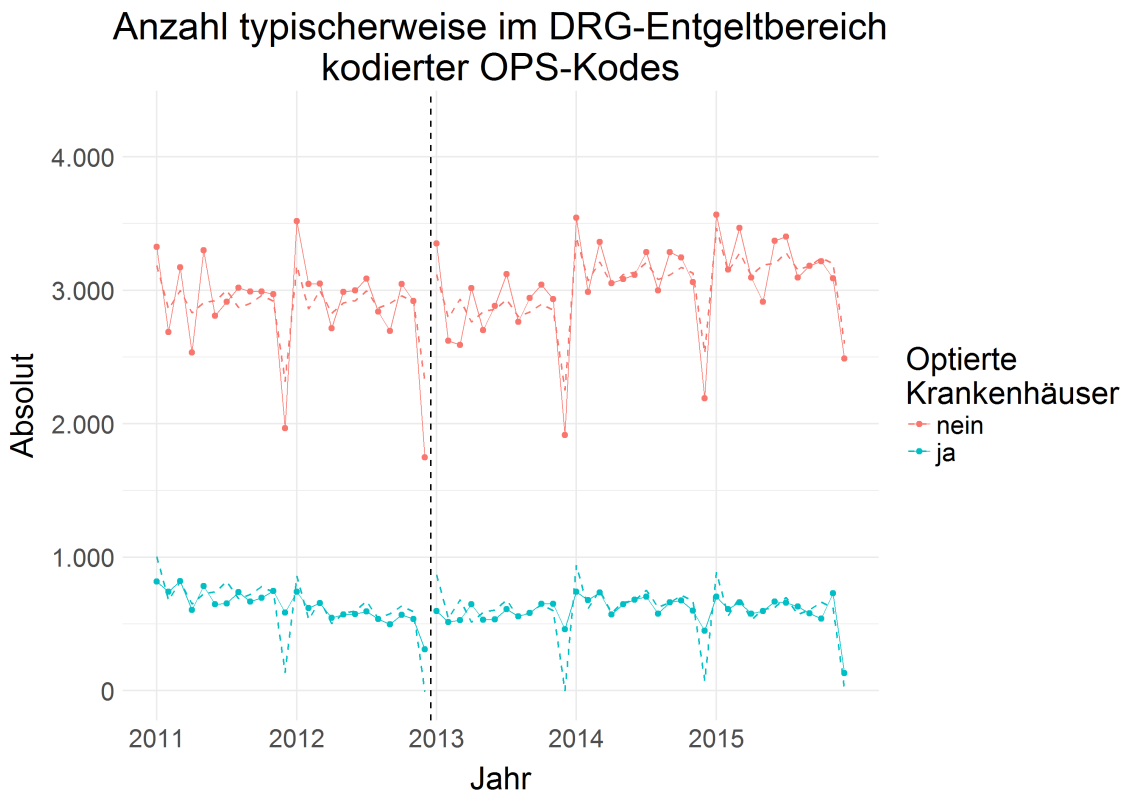
Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum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

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

Abbildung 8.5 zeigt die Anzahl der Fälle zwischen 2011 und 2015, in deren Falldokumentation bestimmte sich gegenseitig ausschließende Diagnosen kodiert wurden. Die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, weist im Vergleich zur Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen, über den gesamten Zeitraum betrachtet pro Monat durchschnittlich 680 weniger Fälle mit bestimmten – sich ausschließenden – Diagnosen auf. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0{,}001$) und spiegelt die Ergebnisse aus Kapitel 6 wider, demnach bis zum Ende des Beobachtungszeitraums weiterhin ein Großteil der Fälle mit TGPS vergütet wurden. Die Anzahl der Fälle mit bestimmten sich ausschließenden Diagnosen ist für beide Gruppen von Krankenhäusern im Zeitraum nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2013 bis 2015 im Vergleich zum Zeitraum vor der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2011 bis 2012 statistisch signifikant um 152 Fälle niedriger ($p < 0{,}05$). Die Ergebnisse zeigen auch, dass beide Gruppen von Krankenhäusern bei der monatli-

chen Anzahl der Fälle starken saisonalen Schwankungen unterliegen, die im Rahmen des statistischen Modells präzise berücksichtigt werden.

Die Regressionsergebnisse in Tabelle F.6 im Anhang zeigen, dass sich die Abnahme von Fällen mit bestimmten – sich ausschließenden – Diagnosen vor allem auf die Gruppe von Krankenhäusern konzentriert, die ab 2013 für das PEPP-Entgeltsystem optiert haben. Im Vergleich zur Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen, ist in der Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2013 bis 2015 die monatliche Anzahl der Fälle mit bestimmten sich ausschließenden Diagnosen um 403 Fälle zurückgegangen ($p < 0{,}001$). Im Verhältnis zur durchschnittlichen Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems in der Gruppe der Optionshäuser beträgt diese relative Abnahme der Fallzahl ca. 15,7 Prozent.



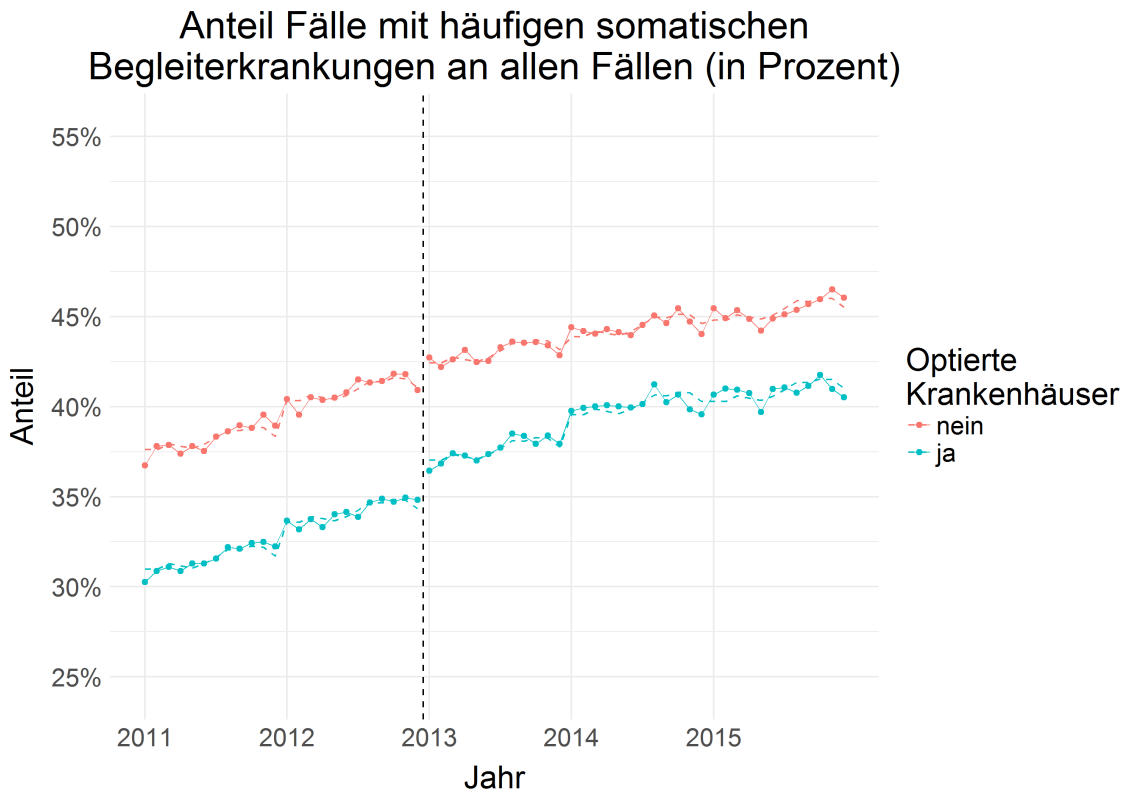
Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum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

Abbildung 8.6.: Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes

In Abbildung 8.6 wird die Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes zwischen 2011 und 2015 dargestellt. Die Anzahl der OPS-Kodes ist für die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, über

den gesamten Zeitraum betrachtet pro Monat um durchschnittlich 2 253 geringer als für die Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0{,}001$) und ist ebenfalls darauf zurückzuführen, dass bis zum Ende des Beobachtungszeitraums ein erheblicher Anteil der Fälle mit TGPS vergütet und noch nicht auf das PEPP-Entgeltsystems umgestellt wurden. Die monatliche Anzahl der OPS-Kodes ist ab dem Jahr 2013, d. h. ab der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems, für beide Gruppen von Krankenhäusern statistisch signifikant um 143 OPS-Kodes gestiegen ($p < 0{,}01$). Dies könnte vor allem dadurch erklärt werden, dass in den letzten Jahren generell mehr OPS-Kodes – unabhängig vom Entgeltbereich – dokumentiert wurden. Die saisonalen Schwankungen sind stark ausgeprägt und werden im Rahmen des statistischen Modells präzise berücksichtigt. So ist vor allem zum Endes eines jeden Jahres ein Rückgang zu beobachten, gefolgt von einem leichten Anstieg zu Jahresbeginn.

Die Regressionsergebnisse in Tabelle F.7 im Anhang zeigen, dass die Anzahl der typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierten OPS-Kodes nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems in 2013 für die Gruppe der PEPP-Krankenhäuser im Vergleich zur Gruppe der TGPS-Krankenhäuser im Zeitraum nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2013 bis 2015 um 176 OPS-Kodes abnimmt (ca. 27 Prozent). Dieses Ergebnis ist statistisch signifikant ($p < 0{,}05$) und bedeutet, dass sich die beobachtete Abnahme an OPS-Kodes maßgeblich auf die Gruppe von Krankenhäusern konzentriert, die für das PEPP-Entgeltsystem optiert haben.



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

Abbildung 8.7.: Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)

Abbildung 8.7 beschreibt die Entwicklung des Anteils der Fälle mit einer oder mehreren kodierten Nebendiagnosen, die häufig auftretende somatische Begleiterkrankungen darstellen. Der Fallanteil liegt für die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, über den gesamten Zeitraum betrachtet und auch bereits vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems pro Monat durchschnittlich 6,69 Prozentpunkte unter dem Fallanteil für die Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0{,}01$). Das Ergebnis zeigt, dass die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, bereits vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems weniger somatische Begleiterkrankungen dokumentiert hat. Der Anteil der Fälle mit einer oder mehreren kodierten Nebendiagnosen, die häufig auftretende somatische Begleiterkrankungen darstellen, ist für beide Gruppen von Krankenhäusern nach der freiwilligen Einführung des PEPP-Entgeltsystems von 2013 bis 2015 statistisch signifikant um 4,72 Prozentpunkte gestiegen ($p < 0{,}001$). Ausgeprägte saisonale Schwankungen sind hier nicht zu beobachten.

Die Regressionsergebnisse in Tabelle F.8 im Anhang zeigen, dass die Veränderung des Fallanteils nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems für die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, im Vergleich zur Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen, relativ betrachtet um 1,94 Prozentpunkte größer ist und statistisch signifikant ist ($p < 0{,}001$). Die beobachtete monatliche Zunahme des Anteils der Fälle mit einer oder mehreren kodierten Nebendiagnosen, die häufig auftretende somatische Begleiterkrankungen darstellen, konzentriert sich damit ebenfalls wie die weiteren untersuchten Indikatoren in diesem Kapitel vor allem auf die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben.

8.2. Diskussion

Die Ergebnisse der durchgeführten Sekundärdatenanalysen im Zeitraum vor und nach der PEPP-Einführung in Deutschland lassen erste Rückschlüsse auf mögliche Trends in der Qualität der Kodierung zu. Mit zunehmender Anwendung des neuen Vergütungssystems in der Psychiatrie und Psychosomatik wird sich z. B. die Kodierung einer unspezifischen Diagnose auf die Gruppierung und somit auf die Erlöse des Krankenhauses auswirken. Dies setzt Anreize, eine unspezifische Kodierung zu vermeiden. Eine Verbesserung der Qualität der Kodierung bestätigt die inferenzstatistische Analyse für alle untersuchten Indikatoren in diesem Kapitel und zeigt, dass die beobachteten Veränderungen in der Kodierpraxis maßgeblich von der Gruppe von Krankenhäusern verursacht wurden, die für das PEPP-Entgeltsystem optiert haben.

So ist der Anteil der Fälle mit unspezifischer Kodierung an Fällen mit spezifischer Kodierung (−2,5 Prozentpunkte) und die Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen (−17,6 Prozent) im Beobachtungszeitraum gefallen. Der gemessene Rückgang sich ausschließender Diagnosen könnte zusätzlich die langfristigen Entwicklungen beim Medizincontrolling widerspiegeln. Eine sachgerechte Kodierung und präzise Dokumentation sind für die Krankenhäuser auch im Rahmen von Prüfverfahren entscheidend, z. B. bei der Bewertung von möglichen primären Fehlbelegungen, sekundären Fehlbelegungen oder auch der Eingruppierung in die Regel- oder Intensivbehandlung seitens des MDK. Dies hat dazu geführt, dass der Beruf der medizinischen Kodierfachkraft in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat und die Krankenhäuser einen stärkeren Fokus auf das medizinische Berichtswesen legen.

Auffällig stark ist auch der Rückgang der Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes im PEPP-Entgeltbereich von 81,0 Prozent. Der Großteil dieses Rückgangs ist bereits vor dem Jahr 2013 zu verzeichnen (−52,6 Prozent von 2011 bis 2012). Dies deutet vor allem auf IT-bezogene Veränderungen hin, die bereits als Reaktion auf die Ankündigung der Einführung des PEPP-Entgeltsystems erfolgt sein könnten. Entsprechende Modifizierungen der Krankenhausinformationssysteme könnten hierbei eine Rolle gespielt haben (vgl. Kapitel 5.1). Gleichzeitig zeigt die inferenzstatistische Analyse dieses Indikators aber, dass die Veränderung der Anzahl der typischerweise im DRG-Entgeltbereich

kodierter OPS-Kodes nach der Einführung von PEPP im Jahr 2013 für die Gruppe von Krankenhäusern, die für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben, im Vergleich zur Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen, zusätzlich weiter gesunken ist ($p < 0{,}05$). Im Verhältnis zur Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes, die im Zeitraum 2011 bis 2012 in der Gruppe der Krankenhäuser beobachtet werden, die dann für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (ca. 620 Fällen pro Monat), bedeutet ein Rückgang um 176 Fälle eine relative Abnahme von 28,4 Prozent (=176/620).

Der Anteil der Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen ist vom Jahr 2011 auf das Jahr 2015 um ca. 11,0 Prozentpunkte gestiegen. Da dieser Anstieg in der Zahl der Nebendiagnosen vermutlich nicht auf Änderungen in der Prävalenz von Begleiterkrankungen zurückgeht, ist es wahrscheinlich, dass der Anstieg auf eine Veränderung des Kodierverhaltens, d. h. auf eine ausführlichere Kodierung, zurückzuführen ist. Mit Einführung des PEPP-Entgeltsystems wird ein Teil der Nebendiagnosen entgeltrelevant. Es erscheint somit plausibel, dass die beide Gruppen von Krankenhäusern bereits in den Jahren 2011 bzw. 2012 – in Vorbereitung auf die Einführung des neuen Vergütungssystems – eine vollständigere Kodierung praktiziert haben, und sich dieser Anstieg dann ab 2013 fortgesetzt hat.

In der Gesamtbetrachtung des Kapitels lässt sich festhalten, dass die beobachteten Veränderungen in der Kodierung wahrscheinlich auf die Einführung des PEPP-Entgeltsystems zurückzuführen sind. Im Rahmen der strukturierten Literaturrecherche zeigte die überwiegende Anzahl der betrachteten Studien eine Veränderung des Kodierverhaltens nach der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems. Auch wenn diese Studien überwiegend die finanzielle Optimierung der Kodierung analysierten, sind die Ergebnisse der begleitenden Forschung – ohne Fokus auf eine solche Optimierungsdimension – dennoch plausibel. Denn obwohl die Einführung des PEPP-Entgeltsystems bislang weder verpflichtend noch budgetwirksam war, ist es nachvollziehbar, dass Krankenhäuser bereits im Vorfeld der verpflichtenden Einführung (ab dem 01.01.2018) bereits die Kodierung der entsprechenden Fälle sukzessive verbessern.

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

Die Qualität der Leistungserbringung sowie deren Sicherung sind zentrale Bestandteile eines öffentlichen Gesundheitswesens. Daher sind mögliche Veränderungen im Zusammenhang mit regulatorischen Eingriffen in den Gesundheitsmarkt stets zu überprüfen. Der bekannteste Ansatz zur Operationalisierung des Qualitätsbegriffs wird von Donabedian [26] beschrieben. Die Messung der Behandlungsqualität kann damit anhand von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren erfolgen. Strukturindikatoren umfassen z. B. Charakteristika von Krankenhäusern, wie die Qualifikation des Personals. Prozessindikatoren beschreiben die Interaktion zwischen PatientInnen und Krankenhäusern, wie z. B. die Verweildauer oder die Anzahl durchgeführter Prozeduren. Ergebnisindikatoren beziehen sich auf den subjektiven oder objektiven Zustand von PatientInnen, also z. B. auf die Häufigkeit von Komplikationen oder auf die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand.

Bei der Evaluation des PEPP-Entgeltsystems muss zwischen erwarteten und unerwarteten Effekten auf die Versorgungsqualität differenziert werden. Diese Effekte können sowohl positive als auch negative Auswirkungen für Leistungserbringer und PatientInnen haben. So hat eine Reduzierung des Leistungsangebotes nicht zwangsläufig negative Folgen. Vielmehr muss eine solche Entwicklung vor dem Hintergrund bewertet werden, ob eine Übereinstimmung von Angebot und Bedarf beobachtet werden kann oder ob eine solche Reduzierung des Leistungsangebots, z. B. aus einer Spezialisierung auf bestimmte Kernleistungen resultiert. Auch sind Leistungsverlagerungen denkbar (in Rehabilitations–, Pflege- und ambulante Einrichtungen, s. Kapitel 5), für die ggf. Auswirkungen auf die Ergebnisqualität zu untersuchen sind.

Zur Untersuchung der Struktur- und Prozessqualität werden umfangreiche Daten aus der Krankenhausbefragung herangezogen. So wird u. a. der Erfüllungsgrad spezifischer Personalkennziffern, der Umsetzungsgrad klinischer Abläufe und die Beziehung zwischen PatientInnen und TherapeutInnen analysiert. Eine Untersuchung der möglichen Effekte der PEPP-Einführung auf die Ergebnisqualität erfolgt u. a. anhand einer empirischen Analyse des Anteils der als „arbeitsfähig“ entlassenen Fälle. Ein höherer Anteil arbeitsfähig entlassener PatientInnen könnte ein Indiz dafür sein, dass die Ergebnisqualität der Behandlung gesteigert wurde. Zusätzlich werden Veränderungen in der Ergebnisqualität durch Auswertung des Anteils der Fälle, bei denen der Entlassgrund „Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet“ kodiert wurde, untersucht. Bei PatientInnen, die entgegen dem ärztlichen Rat das Krankenhaus verlassen, sind eine höhere Wiedereinweisungsrate sowie tendenziell schlechtere Gesundheitsoutcomes beobachtet worden [47].

In den folgenden Unterkapiteln wird eine empirische Untersuchung der o. g. Indikatoren für die Datenjahre 2011 bis 2015 auf Basis von Befragungsdaten sowie aggregierter und fallbe-

zogener Sekundärdaten (Datengrundlage gemäß § 21 KHEntgG) vorgenommen. Im Fokus der Untersuchung stehen sowohl die Jahre vor der Einführung des PEPP-Entgeltsystems 2011 und 2012 sowie die Datenjahre 2013 bis 2015, in denen psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Krankenhäuser und Fachabteilungen in Krankenhäusern) freiwillig für das PEPP-Entgeltsystem optieren konnten.

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

9.1. Strukturqualität

Deskriptive Analyse der Primärdaten

Mit der Befragung der Krankenhäuser wurden zudem der nach Psych-PV festgestellte Personalbedarf sowie die tatsächlichen Stellenbesetzungen erhoben und zwar bezogen auf das Jahr 2013. Dementsprechend basiert auch der Erfüllungsgrad auf der Selbstauskunft der an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen. Diese Angaben werden nachfolgend gegenüber gestellt. Der im Jahr 2013 nach Psych-PV ermittelte Stellenbedarf beläuft sich bei ÄrztInnen danach im Mittel auf 29,5 Stellen bei den teilnehmenden Einrichtungen, auf 138,5 Stellen im Pflegebereich und auf 6,4 Stellen für Diplom-PsychologInnen[29] (s. Tabelle 9.1). Die ermittelten Bedarfe für ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen, SprachtherapeutInnen und LogopädInnen variieren zwischen 0,5 und 13,1 Stellen. In den meisten Fällen zeigt sich, dass die Bedarfe in den Optionshäusern und in den Nicht-Optionshäusern ähnlich hoch sind. Dem nach Psych-PV festgestellten Personalbedarf steht die tatsächliche Stellenbesetzung gegenüber. Unterbesetzt waren im Jahr 2013 in der Stichprobe die Stellen von SozialarbeiterInnen und Sozialpädagoginnen sowie die von ErgotherapeutInnen (89,2 bzw. 90,9 Prozent).

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

Über dem Bedarf besetzt waren dagegen die Stellen von Diplom-PsychologInnen, SprachtherapeutInnen und LogopädInnen (163,0 Prozent bzw. 113,0 Prozent). Optionshäuser erzielten bei den ErgotherapeutInnen sowie bei den SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen einen höheren Erfüllungsgrad als Nicht-Optionshäuser (96,5 vs. 85,2 bzw. 92,5 vs. 85,8 Prozent). Bei Diplom-PsychologInnen sowie SprachtherapeutInnen und LogopädInnen, bei den Professionen mit den höchsten Erfüllungsgraden insgesamt, lagen die Erfüllungsgrade der Optionshäuser deutlich hinter denen der Nicht-Optionshäuser (137,0 vs. 189,0 bzw. 97,1 vs. 128,9 Prozent).

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

Profession	2013-2015 optiert	Stellenbedarf	besetzte Stellen	Erfüllungsgrad (in Prozent)
ÄrztInnen				
(n = 39)	zusammen	29,5	27,8	98,1
(n = 22)	nein*	30,4	29,5	98,7
(n = 17)	ja	28,7	26,0	97,5
Pflegepersonal				
(n = 38)	zusammen	138,5	127,2	94,8
(n = 21)	nein*	138,3	120,1	94,4
(n = 17)	ja	138,7	134,3	95,2
Diplom-PsychologInnen				
(n = 37)	zusammen	6,4	9,9	163,0
(n = 20)	nein*	6,3	10,4	189,0
(n = 17)	ja	6,5	9,4	137,0
ErgotherapeutInnen				
(n = 37)	zusammen	13,1	10,8	90,9
(n = 20)	nein*	13,2	10,0	85,2
(n = 17)	ja	13,0	11,6	96,5
PhysiotherapeutInnen				
(n = 36)	zusammen	3,9	4,2	109,4
(n = 20)	nein*	4,1	4,1	113,6
(n = 16)	ja	3,8	4,2	105,2
SozialarbeiterInnen / SozialpädagogInnen				
(n = 39)	zusammen	9,9	8,8	89,2
(n = 21)	nein*	9,9	8,6	85,8
(n = 18)	ja	9,8	8,9	92,5
SprachtherapeutInnen, LogopädInnen				
(n = 6)	zusammen	0,5	0,8	113,0
(n = 3)	nein*	0,4	1,2	128,9
(n = 3)	ja	0,6	0,4	97,1

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

Insgesamt fällt die geringe Ausfinanzierung der ÄrztInnenstellen mit 88,8 Prozent sowie der ErgotherapeutInnen und des Pflegepersonals mit 92,0 bzw. 93,1 Prozent auf (s. Tabelle 9.2). Eine Ausfinanzierung über dem Bedarf findet sich dagegen bei Diplom-

PsychologInnen und PhysiotherapeutInnen (116,0 bzw. 103,1 Prozent), die in Optionshäusern noch höher ausfällt als in Nicht-Optionshäusern (125,8 vs. 107,0 bzw. 106,3 vs. 100,4 Prozent).

Tabelle 9.2.: Ausfinanzierung des Personalbedarfs

Profession	2013-2015 optiert	Ausfinanzierung (in Prozent)
ÄrztInnen		
(n = 29)	zusammen	88,8
(n = 15)	nein	89,9
(n = 14)	ja	87,7
Pflegepersonal		
(n = 29)	zusammen	93,1
(n = 15)	nein	94,9
(n = 14)	ja	91,3
Diplom-PsychologInnen		
(n = 27)	zusammen	116,0
(n = 14)	nein	107,0
(n = 13)	ja	125,8
ErgotherapeutInnen		
(n = 27)	zusammen	92,0
(n = 14)	nein	92,9
(n = 13)	ja	91,1
PhysiotherapeutInnen		
(n = 26)	zusammen	103,1
(n = 14)	nein	100,4
(n = 12)	ja	106,3
SozialarbeiterInnen / SozialpädagogInnen		
(n = 28)	zusammen	98,9
(n = 15)	nein	105,0
(n = 13)	ja	91,8
SprachtherapeutInnen, LogopädInnen		
(n = 7)	zusammen	107,6
(n = 4)	nein	114,3
(n = 3)	ja	98,7

Anm.: Angabe von Mittelwerten.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

9.2. Prozessqualität

Deskriptive Analyse der Primärdaten

In der stationären Versorgung gibt es eine Vielzahl standardisierter Prozesse und Strukturmerkmale zur Sicherung der Versorgungsqualität, die bei der Behandlung psychisch Kranker zum Standard gehören oder dabei sind, etabliert zu werden. Im Fragebogen Teil B der Befragung stationärer Einrichtungen wurden diverse Prozesse und Strukturmerkmale abgefragt, die sich auf die Aufnahme von PatientInnen beziehen bzw. auf die Doku-

mentation des Behandlungsprozesses. Die Abfrage dazu erfolgte im Fragebogen graduell nach der Häufigkeit der Realisierung, wobei die Antwortstufen „nie“, „gelegentlich“ und „immer“ angeboten werden. Diese werden zusätzlich durch drei Smileys (grafische Darstellung eines Gesichtsausdrucks) mit traurigem, neutralem und lachendem Ausdruck über den Antwortskalen visualisiert, um eine äquidistante Stufung zu unterstützen. Der Antwortschlüssel wird zu Beginn der Abfrage vorgestellt. Die drei Stufen werden mit einem Umsetzungsgrad von 0, 50 und 100 Prozent verrechnet. In den hier berichteten Ergebnissen werden die mittleren Umsetzungsgrade angegeben.

Tabelle 9.3.: Mittlerer Umsetzungsgrad klinischer Abläufe bei Aufnahme

	2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
Schriftlich dokumentierter Aufnahmeprozess	zusammen	94,0	95,1	96,2	95,1
	nein	90,5	92,9	94,0	92,5
	ja	96,6	96,6	97,7	97,0
PatientInnen durchlaufen diagnostische Aufnahme	zusammen	94,5	95,1	94,5	94,7
	nein	92,9	95,2	95,2	94,4
	ja	95,5	94,3	93,2	94,3
PatientInnen erhalten Behandlungsplan	zusammen	77,5	78,0	78,6	78,0
	nein	71,4	71,4	71,4	71,4
	ja	81,8	83,0	84,1	83,0

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

Schriftlich dokumentierte Aufnahmeprozesse sind in den Einrichtungen zu 95,1 Prozent implementiert, PatientInnen durchlaufen zu 94,7 Prozent der Fälle eine diagnostische Aufnahme und erhalten in 78,0 Prozent der Fälle einen Behandlungsplan (s. Tabelle 9.3). Optionshäuser haben dabei häufiger schriftlich dokumentierte Aufnahmeprozesse (97,0 vs. 92,5 Prozent) und händigen PatientInnen häufiger einen Behandlungsplan aus als Nicht-Optionshäuser (83,0 vs. 71,4 Prozent).

Tabelle 9.4.: Mittlerer Umsetzungsgrad klinischer Strukturen während der Behandlung

	2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
Klinische Behandlungspfade	zusammen	50,6	52,8	55,0	52,8
	nein	52,4	54,9	57,3	54,9
	ja	47,7	50,0	52,3	50,0
Pfaddokumentation im KIS	zusammen	13,2	14,4	15,5	14,4
	nein	12,8	16,7	17,9	15,8
	ja	11,6	10,5	11,6	11,2
Digitale Patientenakte	zusammen	35,0	39,4	48,9	41,1
	nein	26,8	30,5	47,6	35,0
	ja	43,2	48,9	52,3	48,1
Strukturierte Verlaufskontrolle	zusammen	66,7	67,8	68,9	67,8
	nein	62,2	62,2	62,2	62,2
	ja	70,5	72,7	75,0	72,7

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

Eine strukturierte Verlaufskontrolle erfolgt in 67,8 Prozent der Fälle, klinische Behandlungspfade werden in 52,8 Prozent der Fälle angewendet, in 41,1 Prozent der Fälle wird eine digitale Patientenakte genutzt und eine Pfaddokumentation wird in 14,4 Prozent der Fälle realisiert (s. Tabelle 9.4). Die digitale Patientenakte ist in den Optionshäusern insgesamt häufiger umgesetzt als in den Nicht-Optionshäusern (48,1 vs. 35,0 Prozent), ebenso sind in den Optionshäusern häufiger strukturierte Verlaufskontrollen implementiert als in den Nicht-Optionshäusern (72,7 vs. 62,2 Prozent). Klinische Behandlungspfade und die entsprechende Dokumentation im KIS gibt es dagegen häufiger in Nicht-Optionshäusern (54,9 vs. 50,0 bzw. 15,8 vs. 11,2 Prozent).

Tabelle 9.5.: Mittlerer Umsetzungsgrad von Personalstrukturen und interner Interaktionen

	2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
FallmanagerInnen eingesetzt	zusammen	22,8	23,6	26,4	24,3
	nein	15,9	17,5	22,5	18,6
	ja	27,3	27,3	28,4	27,7
Fallkonferenzen	zusammen	82,2	83,3	83,3	83,0
	nein	78,0	78,0	78,0	78,0
	ja	84,1	86,4	86,4	85,6
Teamsitzungen	zusammen	98,3	98,3	98,3	98,3
	nein	100,0	100,0	100,0	100,0
	ja	96,6	96,6	96,6	96,6
Teams von psychiatrischen und somatischen ÄrztInnen	zusammen	93,3	93,3	93,3	93,3
	nein	90,0	90,0	90,0	90,0
	ja	95,5	95,5	95,5	95,5

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

Teamsitzungen gehören zum Standard interner klinischer Kommunikation (98,3 Prozent) gefolgt von bei Bedarf aus psychiatrischen und somatischen ÄrztInnen zusammengesetzten Teams (93,3 Prozent) und Fallkonferenzen (83,0 Prozent, s. Tabelle 9.5). FallmanagerInnen werden in 24,3 Prozent der Fälle eingesetzt, dabei in Optionshäusern häufiger als in Nicht-Optionshäuser (27,7 vs. 18,6 Prozent).

Tabelle 9.6.: Mittlerer Umsetzungsgrad von Prozessen des Entlassmanagements

	2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
Weiterbehandlung der PatientInnen organisiert	zusammen	90,0	91,1	91,7	90,9
	nein	89,0	90,2	91,5	90,2
	ja	92,0	93,2	93,2	92,8
Folgetermine mit PatientInnen bei Bedarf vereinbart	zusammen	80,0	82,2	82,2	81,5
	nein	75,6	80,5	80,5	78,9
	ja	85,2	85,2	85,2	85,2
Entlassungscheckliste, Entlassungsleitfaden wird angewendet	zusammen	44,4	47,8	53,9	48,7
	nein	33,8	35,4	41,5	36,9
	ja	53,4	59,1	65,9	59,5

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

Im Rahmen des Entlassmanagements wird die Weiterbehandlung der PatientInnen, z. B. durch die weiter-behandelnden FachärztInnen und PsychotherapeutInnen sowie die Sicherstellung der Medikamentenversorgung, in 90,9 Prozent der Fälle organisiert, Folgetermine mit den PatientInnen werden in 81,5 Prozent der Fälle vereinbart, die Anwendung von Entlassungschecklisten und Entlassungsleitfäden erfolgt deutlich seltener in 48,7 Prozent der Fälle (s. Tabelle 9.6). Diese werden in Optionshäusern über die betrachteten Jahre hinweg häufiger angewendet als in Nicht-Optionshäusern (59,5 vs. 36,9 Prozent).

Tabelle 9.7.: Anteil Einrichtungen mit Entlassmanagement nach § 39 SGB V

2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
zusammen	43,2	45,5	48,9	45,8
nein	23,3	23,3	27,9	24,8
ja	65,0	70,0	72,5	69,2

Anm.: Angabe von Mittelwerten.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Insgesamt führen in den Jahren 2013 bis 2015 im Jahresmittel 45,8 Prozent der Einrichtungen ein Entlassmanagement nach § 39 SGB V durch (s. Tabelle 9.7). In Optionshäusern liegt der Anteil deutlich über dem der Nicht-Optionshäuser (69,2 vs. 24,8 Prozent). In beiden Gruppen ist ein ansteigender Trend zu beobachten.

Tabelle 9.8.: Mittlere Anzahl Fälle, für die Entlassmanagement nach § 39 SGB V durchgeführt wurde

	2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
Stationäre Anschlussheilbehandlung	zusammen	79,6	82,9	86,4	83,0
	nein*	49,2	53,9	61,0	54,7
	ja	110	112	112	111
Ambulante Versorgungsformen	zusammen	960	958	1 072	997
	nein*	907	907	911	908
	ja	1 014	1 009	1 232	1 085
Überleitungspflege	zusammen	66,8	62,9	90,1	73,2
	nein*	38,7	34,6	37,6	37,0
	ja	94,9	91,1	142,5	109,5
Unterstützte Beschäftigung bei Entlassung	zusammen	13,0	13,8	24,3	17,0
	nein*	2,5	3,5	3,6	3,2
	ja	23,5	24,0	45,0	30,8

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

Unter den einzelnen Leistungen, die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 SGB V angewendet werden, werden ambulante Versorgungsformen mit durchschnittlich 997 Fällen mit Abstand am häufigsten durchgeführt, stationäre Anschlussheilbehandlung und Überleitungspflege folgen mit 83,0 bzw. 73,2 Fällen p. a. und schließlich unterstützte Beschäftigung bei Entlassung mit durchschnittlich 17,0 Fällen p. a. (s. Tabelle 9.8). Die einzelnen Leistungen werden in Optionshäusern durchgängig häufiger durchgeführt als in Nicht-Optionshäusern, stationäre Anschlussheilbehandlungen und Überleitungspfle-

ge werden doppelt bis dreimal so häufig durchgeführt. Bei der unterstützten Beschäftigung bei Entlassung übersteigt die mittlere Anzahl in Optionshäusern die von Nicht-Optionshäusern um knapp das 10-fache (30,8 vs. 3,2). In den Optionshäusern fällt eine deutliche Zunahme der Fälle von 2014 auf das Jahr 2015 bei den ambulanten Versorgungsformen, der Überleitungspflege und der unterstützten Beschäftigung bei Entlassung auf.

Tabelle 9.9.: Mehraufwand für MitarbeiterInnen im medizinisch-pflegerischen Bereich durch PEPP in Minuten pro Fall

2013-2015 optiert	2013	2014	2015	MW
ja	129	140	168	145

Anm.: Angabe von Mittelwerten.
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Bei der Frage nach dem PEPP-bedingten Mehraufwand für MitarbeiterInnen im medizinisch-pflegerischen Bereich geben die Optionshäuser über die Jahre steigende Werte an, wonach im Jahr 2013 im Durchschnitt 129 Minuten mehr pro Fall aufgewendet wurden, im Jahr 2014 140 Minuten mehr und im Jahr 2015 168 Minuten mehr pro Fall (s. Tabelle 9.9).

Tabelle 9.10.: Bewertung gemeindepsychiatrischer Verbunde

	optiert		nicht optiert		Summe	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
wesentlich	7	28,0	15	53,6	22	41,5
mittelmäßig	12	48,0	8	28,6	20	37,7
kaum	5	20,0	3	10,7	8	15,1
keine	1	4,0	2	7,1	3	5,7
Summe	25	100,0	28	100,0	53	100,0

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

52 von 88 Einrichtungen (59,1 Prozent) geben an, dass ein gemeindepsychiatrischer Verbund[30] in der Region existiert. Optionshäuser haben dabei etwas seltener einen solchen Verbund in der Region als Nicht-Optionshäuser (24 vs. 28 bzw. 54,5 vs. 63,6 Prozent). Die Bedeutung des gemeindepsychiatrischen Verbundes für die psychiatrische Versorgung der PatientInnen schätzen die Einrichtungen insgesamt eher hoch ein (s. Tabelle 9.10). Insgesamt 41,5 Prozent der Einrichtungen bezeichnen sie als „wesentlich“.

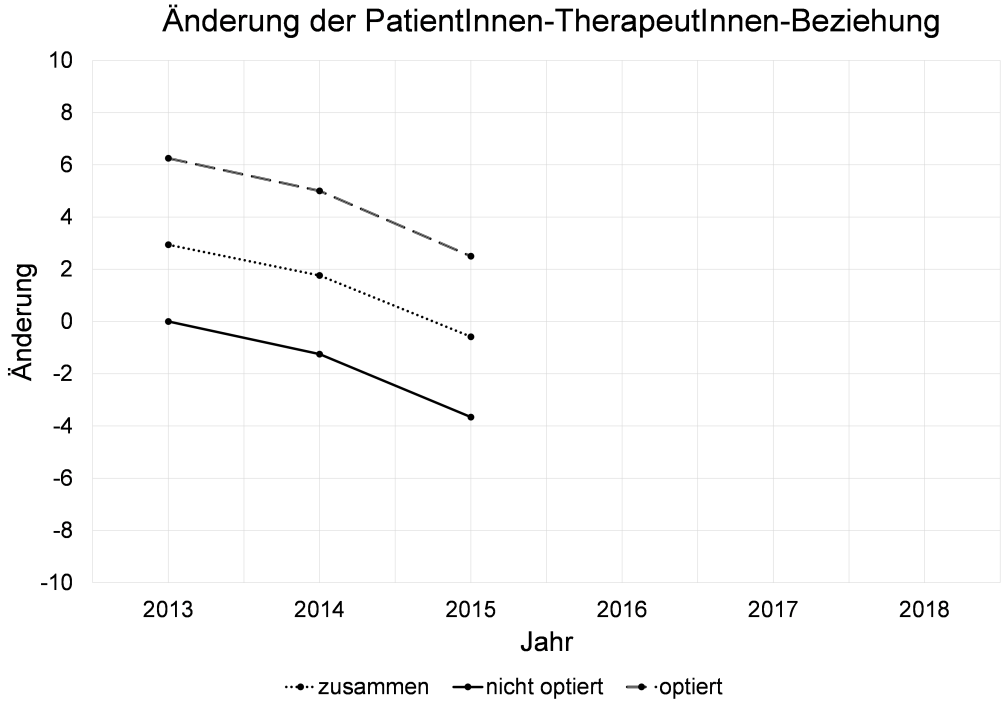
[30] Ein gemeindepsychiatrischer Verbund ist ein verbindlicher Zusammenschluss der Erbringer von sozialpsychiatrischen Hilfeleistungen einer Region. Die im Einzelfall erforderlichen Hilfen werden im Bedarfsfall als integrierte Leistung auf der Grundlage gemeinsamer Planung und Abstimmung erbracht.

Tabelle 9.11.: Relevanz der Netzwerke

	optiert		nicht optiert		Summe	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
wesentlich	2	33,3	14	77,8	16	66,7
mittelmäßig	1	16,7	4	22,2	5	20,8
kaum	2	33,3	0	0,0	2	8,3
keine	1	16,7	0	0,0	1	4,2
Summe	6	100,0	18	100,0	24	100,0

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Die Frage, ob sich im Zeitraum 2013 bis 2015 wesentliche neue Netzwerke gebildet oder bestehende Netzwerke wesentlich verändert haben, beantworten 14 von 83 (16,9 Prozent) Einrichtungen positiv, davon mehr Nicht-Optionshäuser als Optionshäuser (8 von 40, 18,2 Prozent vs. 6 von 43, 13,6 Prozent). Dabei bezieht sich die inhaltliche Ausrichtung der von den Einrichtungen bezeichneten Netzwerke auf die Bereiche bzw. Themen „Eltern“, „Kinder/Jugend“, „Sucht“, „Depression“ und „Demenz“. Auf der funktionalen Ebene geht es um Kooperation, Koordination, Steuerung, Überleitung, Prävention und Entlastung. Die Relevanz der Netzwerke für die Versorgung der PatientInnen wird überwiegend hoch bewertet. Gemäß Tabelle 9.11 bewerten 16 von 24 (66,7 Prozent) der Einrichtungen sie als „wesentlich“.



Anm.: Wertebereich: −100 (verschlechtert) bis 100 (verbessert)
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 9.1.: Änderung der PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung

Die Einschätzungen der MitarbeiterInnen mit PatientInnenkontakt, inwieweit sich die PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehungen gegenüber dem jeweiligen Vorjahr verändert

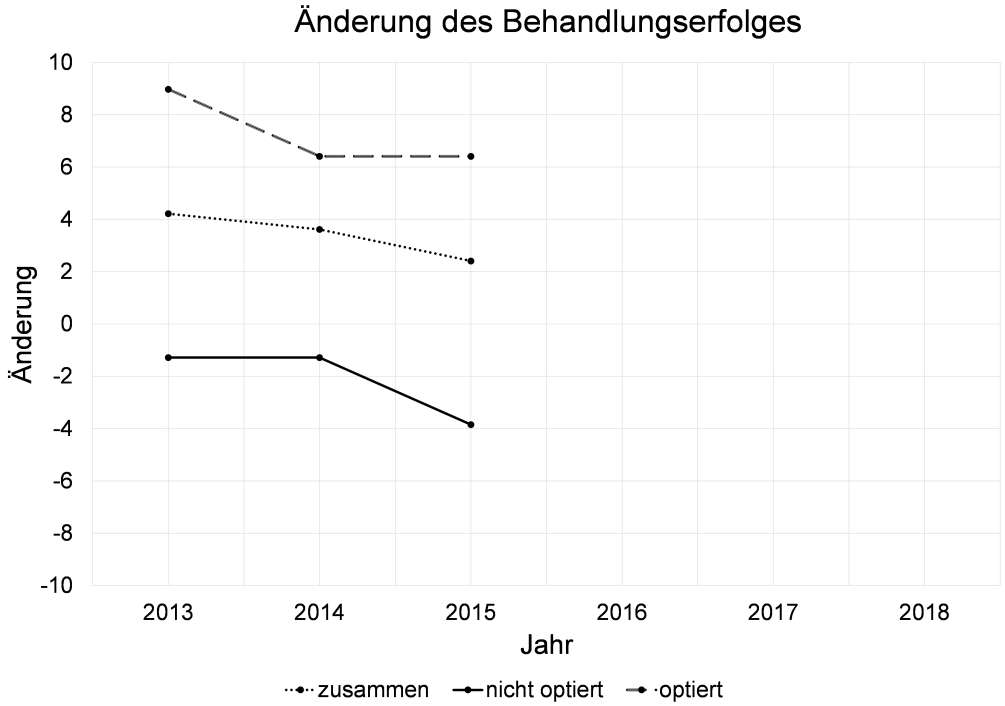
haben, wurde fünfstufig abgefragt. Zur Auswertung der Angaben wurden die Stufen wie folgt kodiert: „verschlechtert“ (−100), „leicht verschlechtert“ (−50), „unverändert“ (0), „leicht verbessert“ (50), „verbessert“ (100).

Insgesamt wurde angegeben, dass sich die PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehungen gegenüber den jeweiligen Vorjahren nur wenig veränderte. Die mittleren Einschätzungen liegen insgesamt zwischen 2,94 und −0,58 mit einer leichten kontinuierlichen Abwärtstendenz über die betrachteten Jahre (s. Abbildung 9.1). Als Grund für Veränderungen in den PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehungen wird in beiden Gruppen insbesondere der erhöhte Dokumentationsaufwand genannt und dass damit weniger Zeit für PatientInnen zur Verfügung steht. Weiterhin werden der Weggang bzw. die Gewinnung hochqualifizierter MitarbeiterInnen, die Betonung von weniger Zwangsmaßnahmen, verbesserte Leistungsstrukturen und ein breiteres und verbessertes therapeutisches Angebot angeführt.

9.3. Ergebnisqualität

Deskriptive Analyse der Primärdaten

Die Einschätzung der MitarbeiterInnen mit PatientInnenkontakt, in wie weit sich der Behandlungserfolg verändert hat, wurde fünfstufig abgefragt. Zur Auswertung der Angaben wurden die Stufen wie folgt kodiert: „verschlechtert“ (−100), „leicht verschlechtert“ (−50), „unverändert“ (0), „leicht verbessert“ (50), „verbessert“ (100).

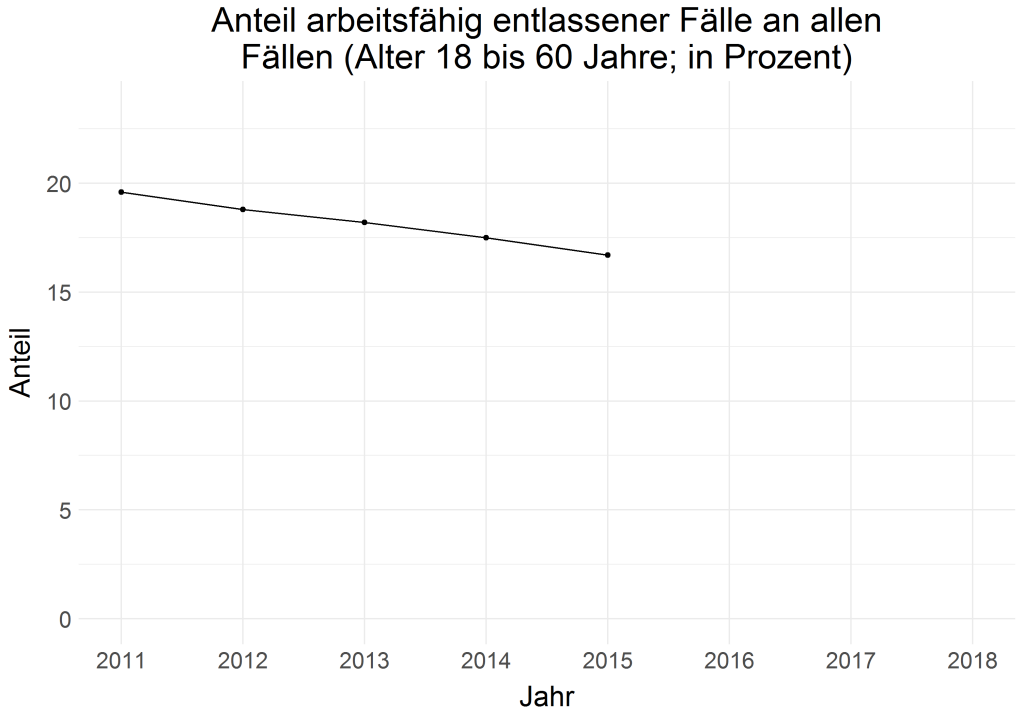


Anm.: Wertebereich: −100 (verschlechtert) bis 100 (verbessert)
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Abbildung 9.2.: Änderung des Behandlungserfolges

Bei der Einschätzung des Behandlungserfolges konzentrieren sich die Angaben auf die Stufe „unverändert“ mit einer leichten Tendenz zu „verbessert“ (s. Abbildung 9.2). Die Behandlungserfolge werden in den Optionshäusern insgesamt positiver bewertet als in den Nicht-Optionshäusern.

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

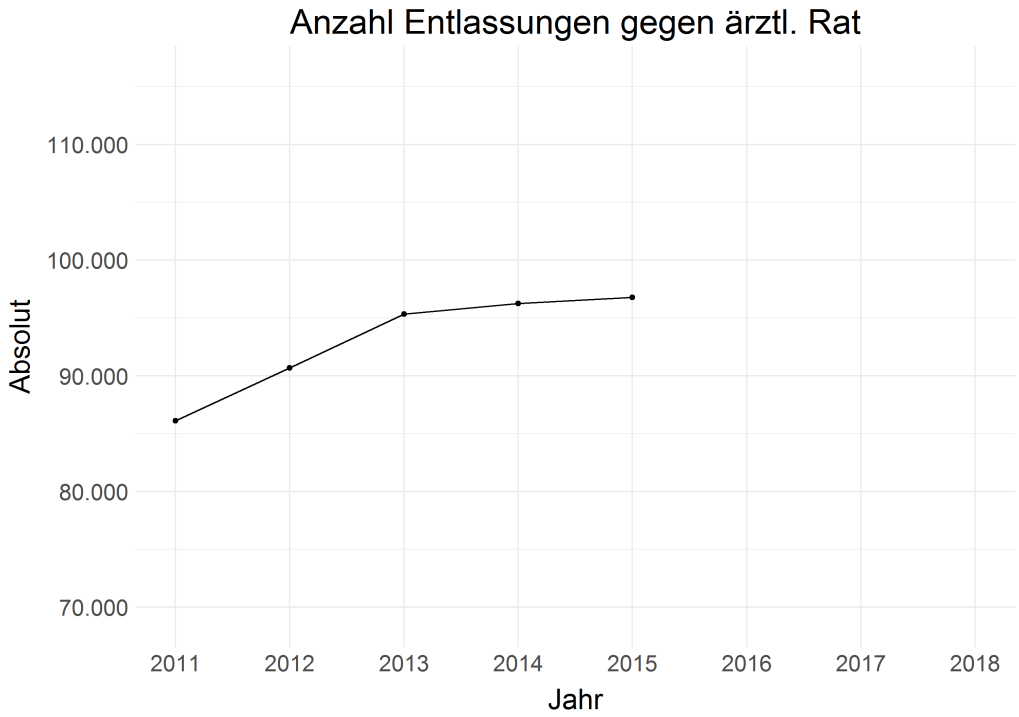


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 9.3.: Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent)

Abbildung 9.3 zeigt den Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle der Jahre 2011 bis 2015. Im Jahr 2011 wurden 19,6 Prozent der im PEPP-Entgeltbereich aus der stationären Behandlung entlassenen PatientInnen, die zwischen 18 und 60 Jahren alt waren, als „arbeitsfähig“ eingestuft. Im zeitlichen Verlauf sank diese Kennzahl bis zum Jahr 2015 auf 16,7 Prozent, also um 2,9 Prozentpunkte. Der Rückgang folgt einem konstanten Trend mit jährlichen Änderungsraten zwischen −0,8 (2011 auf 2012) und −0,6 (2012 auf 2013) Prozentpunkten. Getrieben wurde die Reduktion des Anteils arbeitsfähig entlassener Fälle über den Beobachtungszeitraum von 2011 bis 2015 maßgeblich von Krankenhäusern mit Tageskliniken (−3,3 Prozentpunkte), Einrichtungen mit psychiatrischer Institutsambulanz (−3,0 Prozentpunkte) sowie Einrichtungen ohne psychiatrische Institutsambulanz (−2,2 Prozentpunkte). Für Krankenhäuser ohne Tagesklinik ergab sich ein anderes Bild. Hier stieg der betrachtete Anteil im Beobachtungszeitraum von 20,3 auf 22,5 Prozent, was einer Änderungsrate von 2,2 Prozentpunkten entspricht. Differenziert man den Indikator nach Hauptdiagnosen zeigt sich, dass der Anteil arbeitsfähig entlassener PatientInnen, für die eine Hauptdiagnose aus dem Bereich Psychische und Verhaltensstörungen kodiert wurde

(ICD F-Diagnose), deutlich unter dem Durchschnitt aller im PEPP-Entgeltbereich entlassenen Fälle liegt. Der Indikator kann in dieser sowie in weiteren Differenzierungsebenen unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=5901&criterion=Gesamt abgerufen werden.

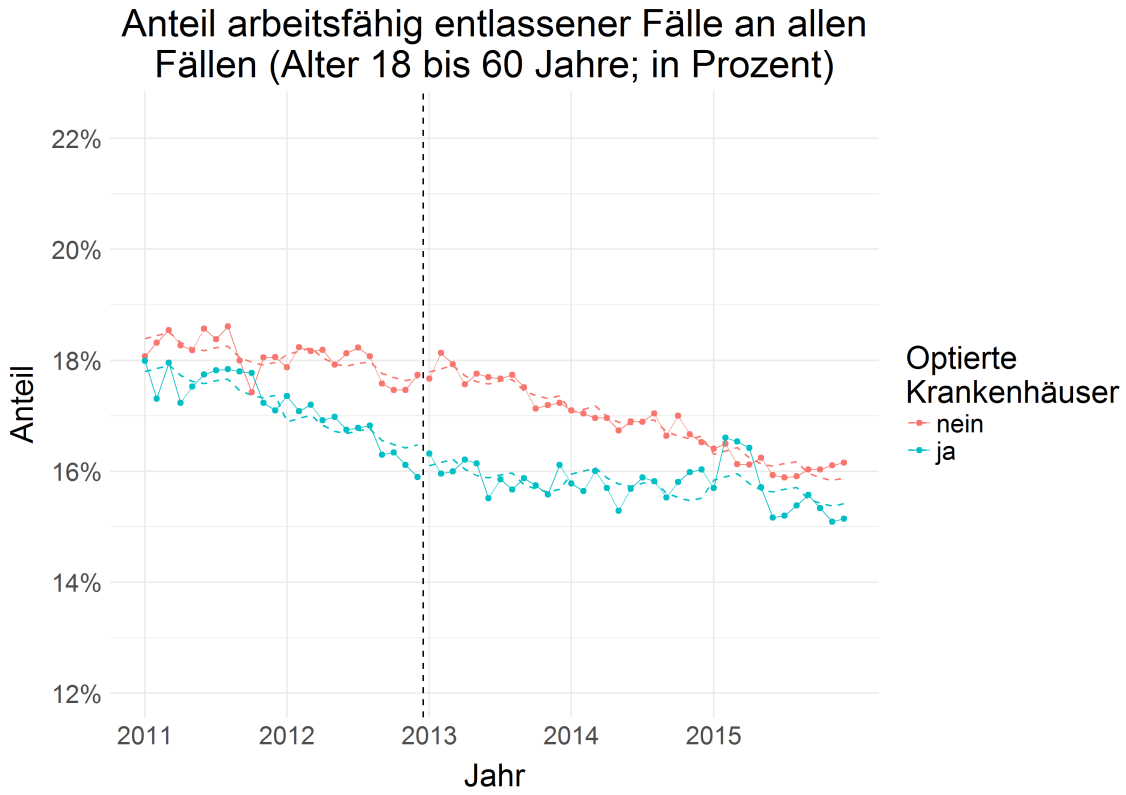


Datenquelle: InEK, Daten nach § 21 KHEntgG (Selektion nach Entgeltbereich).

Abbildung 9.4.: Anzahl Entlassungen gegen ärztlichen Rat

Die Anzahl der Fälle mit dem Entlassgrund "Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet" stieg im Beobachtungszeitraum von 86 122 auf 96 772 um insgesamt 12,4 Prozent an (s. Abbildung 9.4). Diese Entwicklung ist deutlich schwächer, wenn der Anteil dieser Fälle am gesamten Fallvolumen betrachtet wird. Im Jahr 2011 betrug dieser 8,3 Prozent, im Jahr 2015 8,9 Prozent. Das entspricht einer Zunahme um 0,6 Prozentpunkte. Der Verlauf beider Indikatoren folgte über den gesamten Beobachtungszeitraum einem konstanten Aufwärtstrend.

Inferenzstatistische Analyse der Sekundärdaten



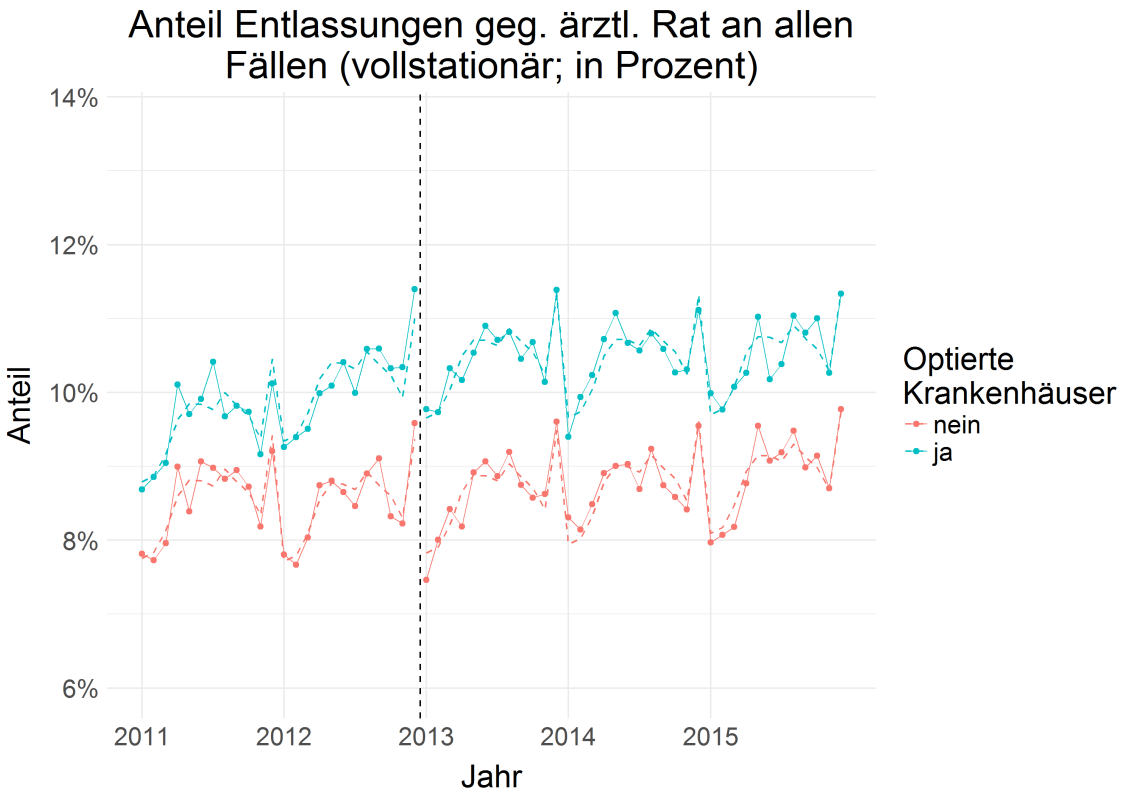
Anm.: Die Entwicklung des Indikators ist auf Monatsebene und getrennt für die Gruppe von Krankenhäusern, die zwischen 2013 und 2015 für die Einführung des PEPP-Entgeltsystems optiert haben (grüne Punkte bzw. durchgezogene Linie), und die Gruppe von Krankenhäusern, die im gesamten Beobachtungszeitraum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

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

Abbildung 9.5 zeigt die Entwicklung des Anteils arbeitsfähig entlassener Fälle von 2011 bis 2015 auf Monatsebene getrennt für die Optionshäuser und die Gruppe der Krankenhäuser, die im Beobachtungszeitraum TGPS abrechneten. Die grafische Analyse offenbart leichte Niveauunterschiede zwischen beiden Gruppen. So ist der Anteil der arbeitsfähig entlassenen Fälle niedriger für Krankenhäuser, die zwischen 2013 und 2015 für PEPP optiert haben. Innerhalb beider Gruppen scheint der Indikator insgesamt einem negativen Zeittrend zu folgen.

Die inferenzstatistische Analyse, deren Ergebnisse Tabelle G.7 im Anhang entnommen werden können, ergänzt die grafische Auswertung. Optionshäuser weisen grundsätzlich einen um durchschnittlich 0,9 Prozentpunkte geringeren Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle auf. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch signifikant ($p < 0{,}001$). Der beobachtete negative Zeittrend wird ebenfalls bestätigt. Im Zeitraum von 2013 bis 2015 sinkt der Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle über beide Gruppen im Vergleich zu 2011

bis 2012 um 1,2 Prozentpunkte ($p < 0{,}001$). Im Vergleich zur Gruppe der Krankenhäuser, die weiterhin TGPS abrechneten, ist keine systematisch unterschiedliche Entwicklung für die Optionshäuser nach Einführung des PEPP-Entgeltsystems im Jahr 2013 festzustellen ($p > 0{,}1$).



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

Abbildung 9.6.: Anteil Entlassungen gegen ärztlichen Rat an allen Fällen (vollstationär; in Prozent)

Auch beim Anteil der Entlassungen gegen ärztlichen Rat offenbart sich ein Unterschied zwischen PEPP- und TGPS-Krankenhäusern im Ausgangsniveau (vgl. Abbildung 9.6). Zudem lässt sich der Abbildung entnehmen, dass der Indikator starken saisonalen Schwankungen unterliegt und sich über die Zeit leicht positiv entwickelt.

Dieser Eindruck wird durch die inferenzstatistische Auswertung bestätigt (s. Tabelle G.8 im Anhang). PEPP-Krankenhäuser weisen grundsätzlich einen um 1,3 Prozentpunkte höheren Anteil an Fällen auf, die sich gegen ärztlichen Rat selbst entlassen haben. Dieser Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch signifikant von Null verschieden ($p < 0{,}001$). Auch der im Rahmen der deskriptiven und visuellen Auswertung ersichtliche positive Zeittrend wird bestätigt. Die Betrachtung über beide Gruppen zeigt, dass der Anteil der Ent-

lassungen entgegen ärztlicher Weisung im zeitlichen Verlauf statistisch signifikant steigt (+0,2 Prozentpunkte, $p < 0{,}01$). Zudem wird durch die Regressionsanalyse deutlich, dass die Entwicklung des Indikators zwischen den beiden Gruppen systematisch unterschiedlich verläuft. Konkret steigt der Anteil der Entlassungen im Zeitraum nach der Einführung des PEPP-Entgeltsystems (2013 bis 2015) in der Gruppe der Optionshäuser relativ um 0,4 Prozentpunkte im Vergleich zur Kontrollgruppe. Der beobachtete Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0{,}001$).

Auch für diesen Indikator wurde eine zweite Regression durchgeführt, bei der für die Hauptdiagnosen der PatientInnen kontrolliert wird. Der statistisch signifikante Ausgangsunterschied zwischen den beiden Gruppen bleibt bestehen. Auch der positive Zeittrend über beide Gruppen wird im Rahmen der unter Kontrolle für die Diagnosen durchgeführten Analyse bestätigt, fällt jedoch etwas geringer aus (+0,3 Prozentpunkte, $p < 0{,}001$). Ein systematisch unterschiedlicher Verlauf des Indikators zwischen den beiden Gruppen ab dem Jahr 2013 ist, anders als im Basismodell, jedoch nicht festzustellen ($p > 0{,}1$).

9.4. Diskussion

Die Stellenbedarfe für diverse Professionen sind in Häusern mit unterschiedlichen Vergütungssystemen grundsätzlich vergleichbar. Die Erfüllungsgrade sind für einige Professionen in Häusern mit PEPP-Entgeltsystem deutlich höher als in Einrichtungen, die TGPS abrechnen. Das gilt für Diplom-PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen sowie SprachtherapeutInnen und LogopädInnen. Inwiefern hier ein ursächlicher Zusammenhang besteht, ist unklar. Die Ausfinanzierung der verschiedenen Professionen ist in Einrichtungen, die TGPS abrechnen, in den meisten Fällen höher als in den PEPP-Häusern. Die Unterschiede sind jedoch zumeist zu gering, um auf dieser Grundlage einen negativen PEPP-Effekt begründen zu können.

Die gefundenen Unterschiede in den Prozessen und Strukturmerkmalen zwischen den Einrichtungen, die zwischen 2013 und 2015 optiert haben und denen, die in der Zeitspanne nicht optiert haben, fallen bei den abgefragten Krankenhausprozessen überwiegend gering aus. Dies gilt u. a. für die Anwendung klinischer Behandlungspfade. FallmanagerInnen werden dagegen in Optionshäusern häufiger eingesetzt als in Nicht-Optionshäusern. Die Ergebnisse für die Durchführung von Fallkonferenzen und Teamsitzungen stellen sich unsystematisch dar.

Bei der Entlassung von Patienten treten deutliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen auf. Insgesamt wird ein Entlassmanagement nach § 39 SGB V in Optionshäuser sehr viel häufiger angewendet als in Nicht-Optionshäusern. Dieser Unterschied findet sich durchgängig bei der Überleitungspflege und der unterstützten Beschäftigung bei Entlassung wieder.

Die Einbettung der Einrichtungen in einen gemeindepsychiatrischen Verbund oder in Netzwerke war in beiden Gruppen ähnlich. PEPP-bedingte Effekte lassen sich bei dieser Frage nicht erkennen. Bei der Bewertung der bestehenden gemeindepsychiatrischen Verbünde

und Netzwerke wird die Relevanz der Vernetzung von Nicht-Optionshäusern höher eingestuft als von Optionshäusern. Dieses Ergebnis könnte darauf beruhen, dass die Optionshäuser insgesamt die größeren Einrichtungen umfassen, für die das Versorgungsumfeld nicht die Bedeutung hat wie für kleinere Einrichtungen.

Die Auswertung der Sekundärdaten für die Untersuchung der Zeiträume vor und nach der PEPP-Einführung lassen - gemessen am Rückgang des Anteils der als arbeitsfähig entlassenen Fälle - eine leichte Tendenz zur Verschlechterung in Bezug auf patientInnenrelevante, funktionale Outcomes vermuten. Da der Verlauf des Indikators über den gesamten Beobachtungszeitraum einem relativ konstanten Abwärtstrend folgt, ist jedoch kein Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems zu vermuten ($p > 0{,}1$). Dieses Ergebnis ist in Übereinstimmung mit den Analysen von Wells et al. [65], die den Effekt der Einführung eines prospektiven Vergütungssystems auf den klinischen Zustand depressiver PatientInnen bei Entlassung untersuchten (s. Kapitel 2.6). Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass die Intervention keinen signifikanten Einfluss auf das betrachtete Outcome hatte.

Eine differenzierte Interpretation des Anteils der als arbeitsfähig entlassenen Fälle ist jedoch nur möglich, wenn eine Adjustierung für unterschiedliche PatientInnenpopulationen erfolgt. Denn es ist zu vermuten, dass insbesondere medizinische Gründe wie z. B. die Prognose über den weiteren Krankheitsverlauf eine wichtige Determinante für die Kodierung des Entlassgrundes ist. Im vorliegenden Fall konnten die Ergebnisse mit Hilfe einer Sensitivitätsanalyse bestätigt werden. Einschränkend ist jedoch kritisch anzumerken, dass die Evidenzstärke der vorliegenden Indikatoren zur Operationalisierung des Gesundheitszustands der PatientInnen eher gering ist, da der Vermerk „arbeitsfähig entlassen“ allenfalls eine unverbindliche Empfehlung des Arztes bzw. der Ärztin darstellt. Die Ausstellung der formalen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und damit die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgen üblicherweise durch ambulante ÄrztInnen. Dies ist darin begründet, dass es im klinischen Alltag tendenziell eine untergeordnete Rolle spielt, ob PatientInnen arbeitsfähig entlassen werden oder nicht. Denn in der Regel folgt auf die stationäre Entlassung zunächst eine ambulante Nachbehandlung. Während der ggf. parallel hierzu erfolgenden vorbereitenden Eingliederungsmaßnahmen sind die PatientInnen noch krankgeschrieben und werden durch Krankengeld unterstützt.

Ergänzend wurde auch der prozentuale Anteil der Fälle, die die Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet haben, näher untersucht. Zwar wird ein signifikant voneinander abweichender Verlauf des Indikators zwischen der Gruppe der optierten Krankenhäuser und der Gruppe der nicht optierten Krankenhäuser für 2013 bis 2015 ermittelt, bei Adjustierung für die Hauptdiagnosen der PatientInnen ist dieser Effekt jedoch nicht mehr signifikant ($p > 0{,}1$). Der Einfluss von sozioökonomischen und krankheitsspezifischen PatientInnencharakteristika auf die Entscheidung zur Beendigung einer Behandlung gegen ärztlichen Rat ist in der bestehenden Literatur ebenfalls dokumentiert [32]. So ist beispielsweise das Vorliegen der ICD-Hauptdiagnose „F1“ (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) ein hoher Risikofaktor für eine vorzeitige Beendigung der stationären Behandlung und damit eine Entlassung gegen ärztlichen Rat [51]. In der untersuch-

ten Stichprobe liegt der Anteil an PatientInnen, der sich gegen ärztliche Weisung selbst entlässt, in dieser Gruppe mit 18,3 Prozent deutlich über dem Gesamtdurchschnitt von 9,3 Prozent. Damit deuten die Ergebnisse darauf hin, dass sich die Grundgesamtheit der in den jeweiligen Vergleichsgruppen (Optionshäuser vs. Nicht-Optionshäuser) behandelten PatientInnen systematisch unterscheidet.

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

10. Sonstige Veränderungen in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Weitere Bereiche, die von Änderungen der Vergütungssystematik beeinflusst werden, sind die Kosten für Krankenhäuser bzw. die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach der Einführung des DRG-Systems in Deutschland wurde eine Steigerung der Wachstumsrate bei den Ausgaben für die GKV beobachtet [4]. Gemäß dieser Studie stiegen die stationären Ausgaben von 67,1 Mrd. Euro im Jahr 2005 auf 80,6 Mrd. Euro im Jahr 2014 (in Preisen von 2010). Dies entspricht einer durchschnittlichen, jährlichen Wachstumsrate von ca. 2,0 Prozent und liegt damit 0,2 Prozentpunkte über der entsprechenden Wachstumsrate der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen (1,8 Prozent). Im Vergleich dazu lag die durchschnittliche, jährliche, bereinigte Wachstumsrate des Bruttoinlandsprodukts in Deutschland im selben Zeitraum bei ca. 1,4 Prozent. Die Dokumentation der Entwicklung des Leistungsaufwands für die GKV und die Krankenhäuser nach Einführung des PEPP-Entgeltsystems ist daher ein zentraler Bestandteil der begleitenden Forschung.

Unter den Betriebskosten der Psych-Krankenhäuser ist der Anteil der Kosten zu verstehen, der bei der Durchführung des operativen Geschäftes eines Krankenhauses anfällt. Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems kann indirekt die Betriebskosten der Psych-Krankenhäuser beeinflussen. Insbesondere durch den degressiven Verlauf der Relativgewichte je Tag über die Verweildauer eines Falles kann der Anreiz entstehen, die Kosten und dabei insbesondere die Betriebskosten zu reduzieren bzw. einem Anstieg dieser entgegenzuwirken. Inwieweit dieser Effekt z. B. durch Fallzahl- oder Belegungstagesteigerungen kompensiert wird, ist von grundlegendem Interesse aus Sicht der Kostenträger. Der ausgewählte Indikator „Bereinigte Kosten (in Euro)“ misst daher die Höhe der Brutto-Kosten abzüglich nicht-stationärer Kosten (z. B. Ambulanz, wissenschaftliche Forschung und Lehre) der Psych-Krankhäuser über den Zeitverlauf.

Ebenfalls von Bedeutung sind grundsätzlich Fragen zu den Auswirkungen des PEPP-Entgeltsystems auf strukturelle Merkmale von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen, die sich über mehrere Unternehmensbereiche erstrecken können. Erstens sind Veränderungen bei der IT-Ausstattung wahrscheinlich (z. B. Schnittstelle zur Datenannahme, Grouper- bzw. Abrechnungssoftware). Zweitens sind Veränderungen bei der Personalausstattung wahrscheinlich (z. B. Erweiterungen des ärztlichen Dienstes), können aber auch weiterreichende Auswirkungen auf die gesamte Organisation der Fallprüfungen haben. Drittens könnte die Einführung des PEPP-Entgeltsystems Auswirkungen auf Verwaltungskosten haben, wie zum Beispiel Aufwendungen für Schulungen. Derartige Veränderungstendenzen wurden im Rahmen einer umfassenden Befragung erhoben und ausgewertet.

Für die vorliegende Begleitforschung werden anhand von Daten des Statistischen Bundesamtes Werte und Trends der bereinigten Kosten der Psych-Krankenhäuser analysiert. Hierin werden für verschiedene Krankenhaustypen[31] unter anderem Personal- und Sachkosten nach Funktionsbereichen bzw. Kostenarten sowie Kennziffern für Gesamtkosten ausgewiesen. Um darüber hinaus den Aufwand der Krankenhäuser durch Einzelfallprüfungen abzubilden, werden Daten aus der Krankenhausbefragung ausgewertet.

Die Analysen der Leistungsausgaben der GKV basieren auf der KJ1-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Analyse der Veränderungen der Strukturen von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen basiert vorwiegend auf Befragungen der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK).

10.1. Aufwand der Krankenhäuser

Deskriptive Analyse der Primärdaten

Ein wesentlicher Aufwand für die Krankenhäuser, welcher mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems einhergeht, könnte im Rahmen von Einzelfallprüfungen, dem Bearbeitungsaufwand für Streichungen und Kürzungen von Rechnungen bzw. Aufwendungen bei Klageverfahren entstehen.

Tabelle 10.1.: Mittlere Anzahl und Anteil (in Prozent) der Fälle mit Einzelfallprüfungen

	2013	2014	2015
Nach TGPS abgerechnete Fälle	2 475	2 398	2 509
Anteil Einzelfallprüfungen	3,8	3,9	3,7
Nach PEPP abgerechnete Fälle	958	2 416	2 282
Anteil Einzelfallprüfungen	2,6	4,8	5,5

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Der Anteil an Einzelfallprüfungen durch den MDK verändert sich bei nach TGPS abgerechneten Fällen nur in einem engen Rahmen (s. Tabelle 10.1). Bei nach PEPP abgerechneten Fällen steigen dagegen zum einen die Fallzahlen von 2013 auf 2014 stark an um im Jahr 2015 wieder leicht abzufallen. Der Anteil der Einzelfallprüfungen steigt jedoch kontinuierlich von 2,6 in 2013 über 4,8 auf 5,5 Prozent im Jahr 2015 an und übersteigt damit ab dem Jahr 2014 die Prüfquoten der mit TGPS abgerechneten Fälle.

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

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

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

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Mit der steigenden Anzahl von Einzelfallprüfungen von nach PEPP abgerechneten Fällen gehen die Entwicklungen der Anzahlen der korrigierten oder gestrichenen Abrechnungen – bzw. einzelnen Positionen – nicht im gleichen Umfang einher, sondern variieren unsystematisch. Auffällig ist, dass im Jahr 2013 die Korrekturen der Bewertungsrelationen bzw. der Verweildauer inklusive primärer Fehlbelegung (s. Tabelle 10.2) besonders hoch ausfielen (25,0 bzw. 23,8 Prozent). In den Folgejahren sanken die Anteile für diese Prüfungsvarianten deutlich (auf 19,0 bzw. 11,0 Prozent im Jahr 2015). Die Anteile von Korrekturen und Streichungen bezogen auf die Einzelfallprüfungen von nach PEPP abgerechneten Fällen liegen in den Jahren 2013 bis 2015 insgesamt zwischen 58,7 und 34,7 Prozent. Bei mit TGPS abgerechneten Fällen nimmt die Anzahl der Einzelfallprüfungen über die Jahre kontinuierlich ab, während der Anteil der Korrekturen zwischen 20,2 und 10,2 Prozent variiert.

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

	2013	2014	2015
PEPP			
Anzahl Einzelfallprüfungen	24,9	98,6	112,2
Anzahl Klageverfahren	1,1	3,6	7,2
Anteil Klageverfahren	4,8	3,1	8,6
TGPS			
Anzahl Einzelfallprüfungen	46,0	43,4	35,9
Anzahl Klageverfahren	1,3	1,0	0,8
Anteil Klageverfahren	2,0	0,9	2,5

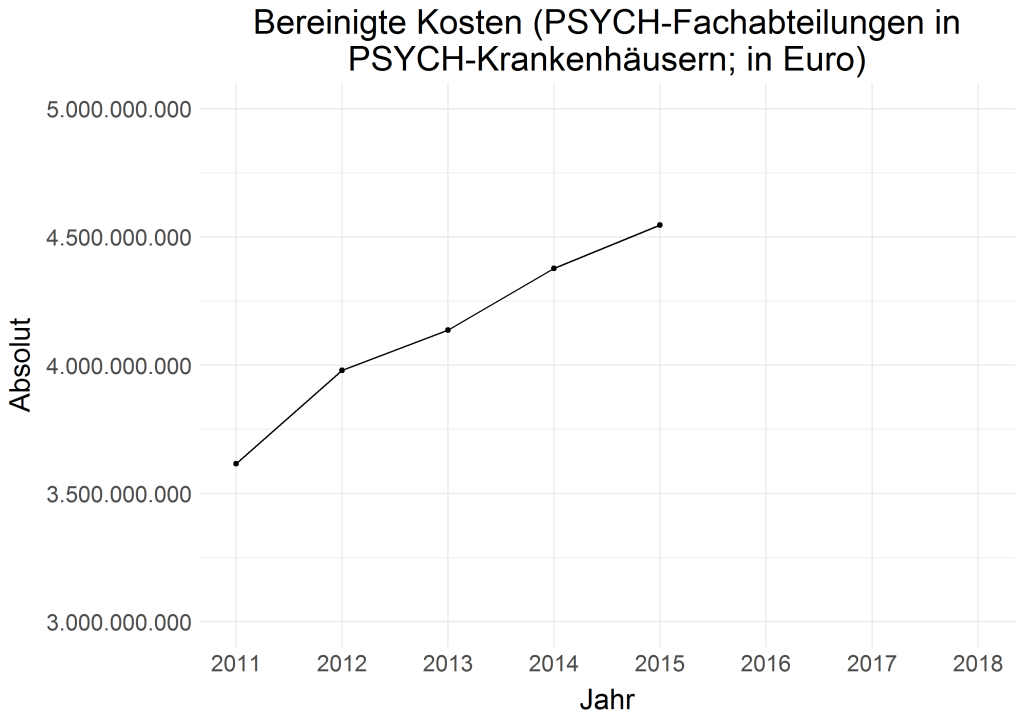
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Die absolute Häufigkeit der Klageverfahren nimmt bei den PEPP-Fällen über die Jahre kontinuierlich von durchschnittlich 1,1 Fällen im Jahr 2013 über 3,6 Fälle im Jahr 2014 auf 7,2 Fälle im Jahr 2015 zu (s. Tabelle 10.3). Im selben Zeitraum fällt die Anzahl der Klageverfahren bei mit TGPS abgerechneten Fällen stetig von durchschnittlich 1,3

Fällen im Jahr 2013 auf 0,8 Fälle im Jahr 2015. Der Anteil der Klageverfahren an den Einzelfallprüfungen fallen der nach PEPP (TGPS) abgerechneten Fälle sinkt von zunächst 4,8 (2,0) Prozent im Jahr 2013 auf 3,1 (0,9) Prozent im Jahr 2014, um dann im Folgejahr wieder auf 8,6 (2,5) Prozent anzusteigen.

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

Die Kosten der Krankenhäuser werden grundsätzlich nach dem sog. Bruttoprinzip ermittelt. Das bedeutet, dass auch nicht-stationäre Kosten (z. B. Kosten für Personalunterkunft und -verpflegung, Hilfsbetriebe, wissenschaftliche Forschung und Lehre, ambulante Leistungen von ÄrztInnen des Krankenhauses, Ambulanz des Krankenhauses, Kosten der ÄrztInnenausbildung bei Lehrkrankenhäusern, Wahlleistungen) enthalten sind. Um einen Vergleich einzelner Kostenarten über mehrere Jahre hinweg zu ermöglichen, werden die bereinigten Kosten berichtet. Diese ergeben sich als Differenz aus den Brutto- bzw. Nettogesamtkosten und den Abzügen. Eine detaillierte Beschreibung der Methoden zur Ermittlung der Krankenhauskosten ist beim Statistischen Bundesamt in den Erläuterungen zum Kostennachweis der Krankenhäuser zu finden.

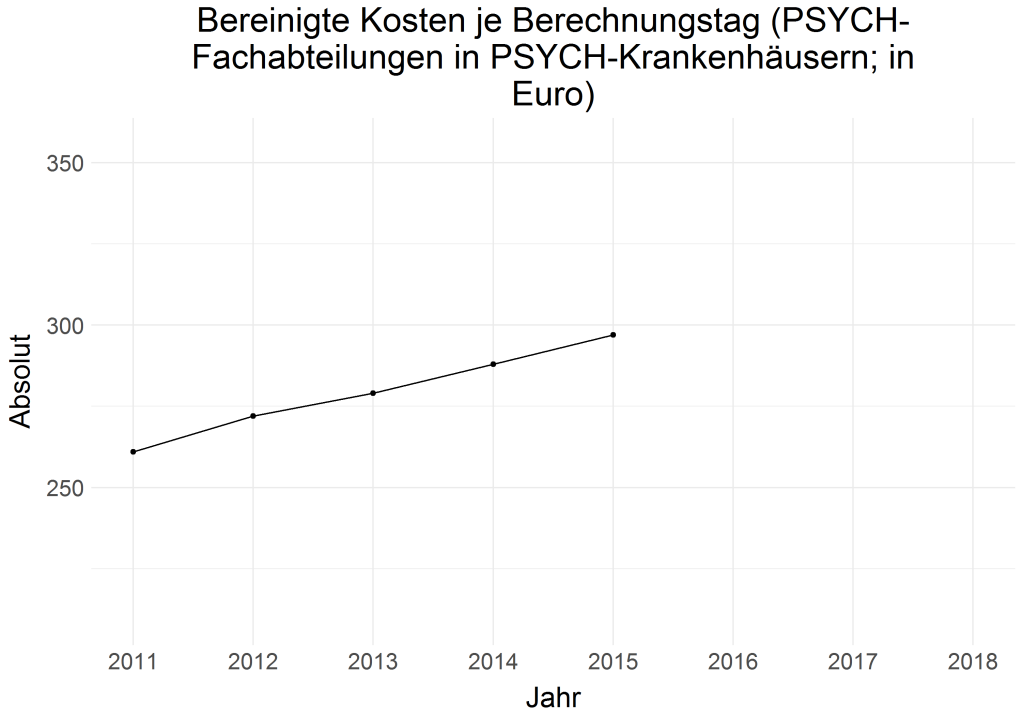


Datenquelle: Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.3.

Abbildung 10.1.: Bereinigte Kosten (Psych-Fachabteilungen in Psych-Krankenhäusern; in Euro)

Abbildung 10.1 weist die Entwicklung der bereinigten Kosten für psychiatrische Krankenhäuser (Krankenhäuser mit ausschl. psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten) über die Jahre 2011 bis 2015 aus. Diese betrugen 3 616 023 230 Euro in 2011 und 4 547 103 460

Euro in 2015. Allerdings sind die bereinigten Kosten bereits in der Periode vor dem Analysezeitraum der vorliegenden Begleitforschung von 3 166 321 323 Euro in 2008 auf 3 455 698 640 Euro in 2010 gestiegen, was einem Anstieg um 9,1 Prozent entspricht.



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

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

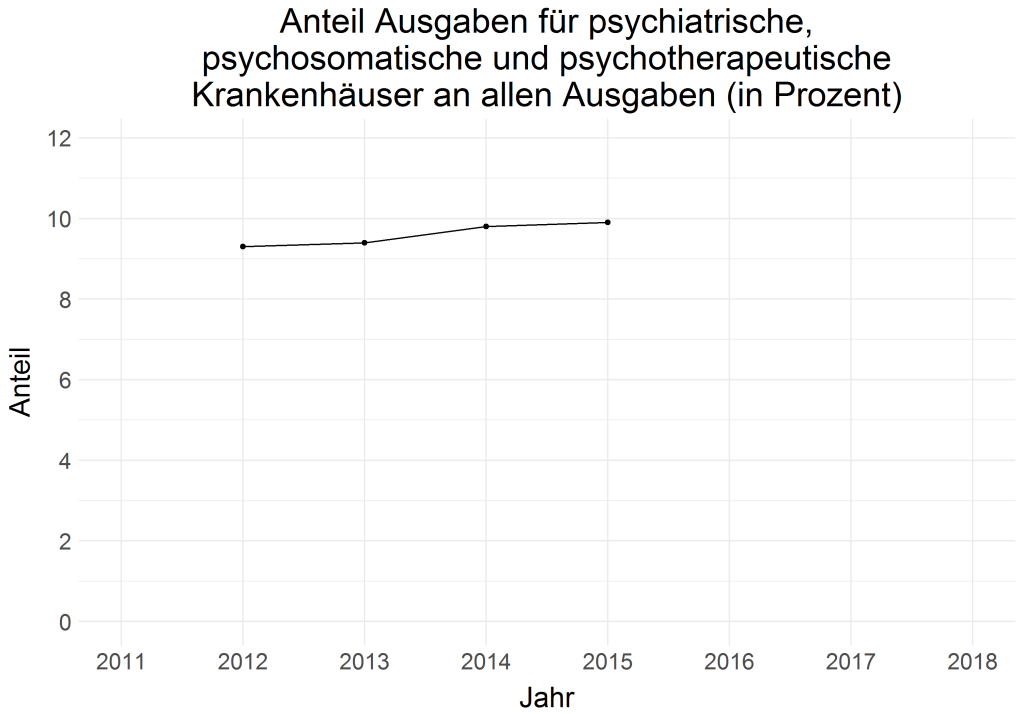
Abbildung 10.2 setzt die bereinigten Kosten ins Verhältnis zur Anzahl der zugrunde liegenden Berechnungstage. Bei diesen beiden Indikatoren ist zu beachten, dass erst seit dem Jahr 2012 auch Krankenhäuser mit geriatrischen Betten in die Kostenstatistik einfließen. Aufgrund der unterschiedlichen Grundgesamtheit ist das Wachstum des Indikators über die Jahre 2011 bis 2015 hinweg jedoch nur mit großer Vorsicht zu interpretieren. Der Indikator kann unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=4002&criterion=Gesamt online abgerufen werden.

10.2. Leistungsausgaben der GKV

Deskriptive Analyse der Sekundärdaten

Die im folgenden Unterkapitel analysierten Leistungsausgaben der GKV beziehen sich insbesondere auf die Kosten für voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V (einschließlich der Mehrkosten nach § 39 Abs. 2 SGB V). Die hierfür als Datenquelle herangezogene KJ1-Statistik enthält erst ab dem Jahr 2012 entsprechende Einträge, da ein gesonderter Ausweis der Ausgaben für die stationäre psychiatrische Be-

handlung (Konto 4603) sowie der Ausgaben für vor- und nach-stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlungen (Konto 4613) bis einschließlich 2011 nicht erfolgt ist.



Datenquelle: BMG, Daten der KJ1-Statistik.

Abbildung 10.3.: Anteil Ausgaben für Psych-Entgelte an allen Krankenhausausgaben der GKV (in Prozent)

Die Ausgaben der GKV für voll- und teilstationäre Behandlungen in psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Krankenhäusern betrugen 5 463 116 275 Euro für das Jahr 2012 und 6 571 771 777 Euro für das Jahr 2015. Der Indikator kann unter https://bfpsyqa.inek.org/#/?indicator=6302&criterion=Gesamt online abgerufen werden. Der Anteil dieser Ausgaben an allen Ausgaben, die in der GKV für voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlungen anfielen, betrug wie in Abbildung 10.3 dargestellt im Jahr 2012 9,3 und im Jahr 2015 9,9 Prozent (+0,6 Prozentpunkte).

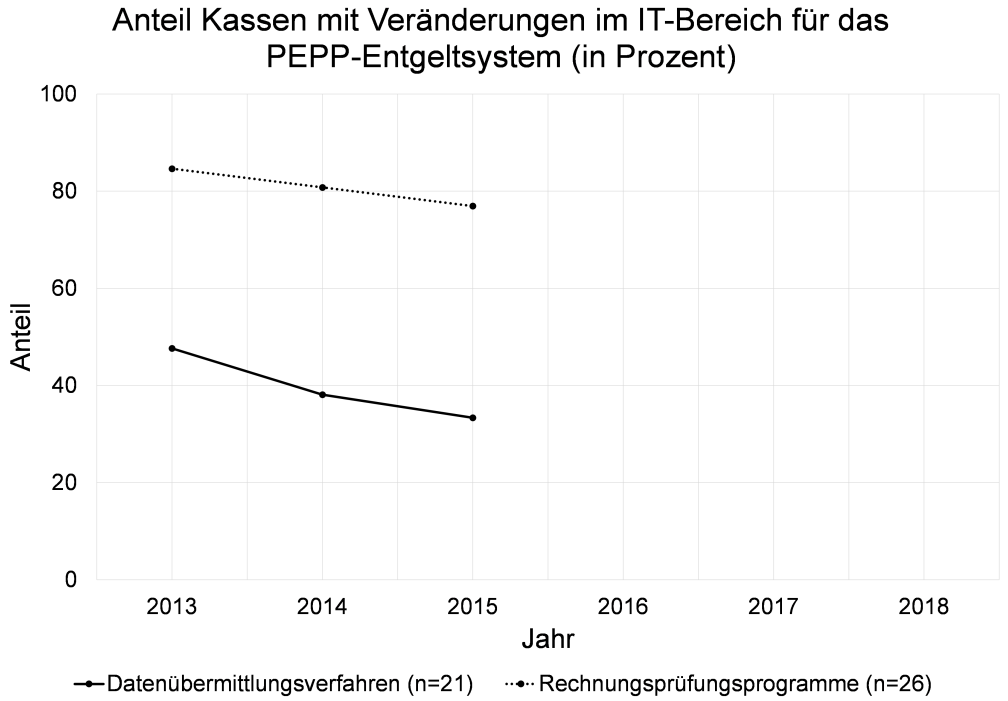
10.3. Strukturen von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen

Deskriptive Analyse der Primärdaten

Mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems hatten die Krankenkassen in ihrem IT-Bereich Veränderungen vorzunehmen, die sich insbesondere auf die Bereiche der Hardware- und Software-Ausstattung bezogen. 10 von 21 (47,6 Prozent) der teilnehmenden Kassen gaben an, im Jahr 2013 Veränderungen bei den Datenübermittlungsverfahren durchgeführt zu haben. Im Jahr 2014 setzten 8 von 21 (38,1 Prozent) Kassen solche Veränderungen um. 7 von 21 (33,3 Prozent) Kassen taten dies im Jahr 2015 (s. Abbildung 10.4). Die

Einführung des PEPP-Entgeltsystems veranlasste 4 von 26 (15,4 Prozent) Kassen dazu, im Zeitraum von 2013 bis 2015 wesentliche Investitionen im IT-Bereich vorzunehmen. Die Kassen nennen hier zumeist die Beschaffung von Software-Lösungen. Zudem geben 3 von 26 (11,5 Prozent) Kassen an, dass ihre IT-Strukturen wesentlich verändert werden mussten. Auch hier stehen Änderungen in der Software im Vordergrund.

Bezogen auf die verwendeten Rechnungsprüfungsprogramme wird ein rund doppelt so hoher Anteil an Veränderungen mit ebenfalls abnehmender Tendenz über die Jahre berichtet. Für das Jahr 2013 geben 22 von 26 (84,6 Prozent) Kassen an, an den Prüfprogrammen Änderungen vorgenommen zu haben, sowie 21 von 26 (80,8 Prozent) für 2014 und 20 von 26 (76,9 Prozent) für 2015.



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

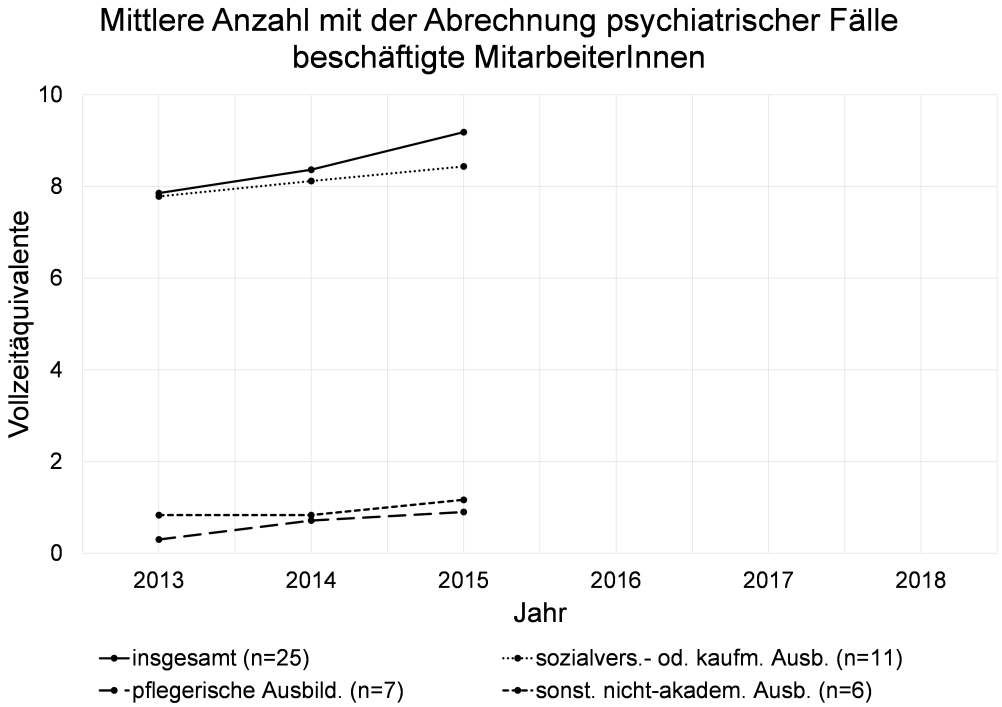
Abbildung 10.4.: Anteil Kassen mit Veränderungen im IT-Bereich für das PEPP-Entgeltsystem (in Prozent)

Mit der Befragung der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen wird außerdem die Anzahl der MitarbeiterInnen, die mit der Abrechnung von PEPP-Fällen beschäftigt sind, sowie Veränderungen in deren Qualifikationsportfolio erfasst. Die Anzahl der MitarbeiterInnen wurden dazu in Vollzeitäquivalenten (VÄ) p. a. angegeben. Zusätzlich wird betrachtet, für wie viele vollstationär behandelte Fälle – bzw. für deren Abrechnung – ein Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin zuständig war (Berechnung der Verhältnisse unter Einbezug der Angaben zu Frage 8.1 im Basisteil des Fragebogens, s. Kapitel A im Anhang).

Obwohl die MitarbeiterInnenzahlen nach Qualifikationen differenziert abgefragt wurden, liegen nur für die Gesamtzahl (n = 25), für MitarbeiterInnen mit Sozialversicherungs- oder

kaufmännischer Ausbildung (n = 11), mit pflegerischer Ausbildung (n = 7) und MitarbeiterInnen mit sonstiger nicht-akademischer Ausbildung (n = 6) auswertbare Angaben vor. Die vorliegenden Angaben zeigen, dass der Personalaufwand für Fallabrechnungen in Psych-KH oder relevanten Abteilungen von 7,86 VÄ p. a. im Jahr 2013 über 8,36 VÄ p. a. im Jahr 2014 auf 9,18 VÄ p. a. im Jahr 2015 ansteigt. (s. Abbildung 10.5).

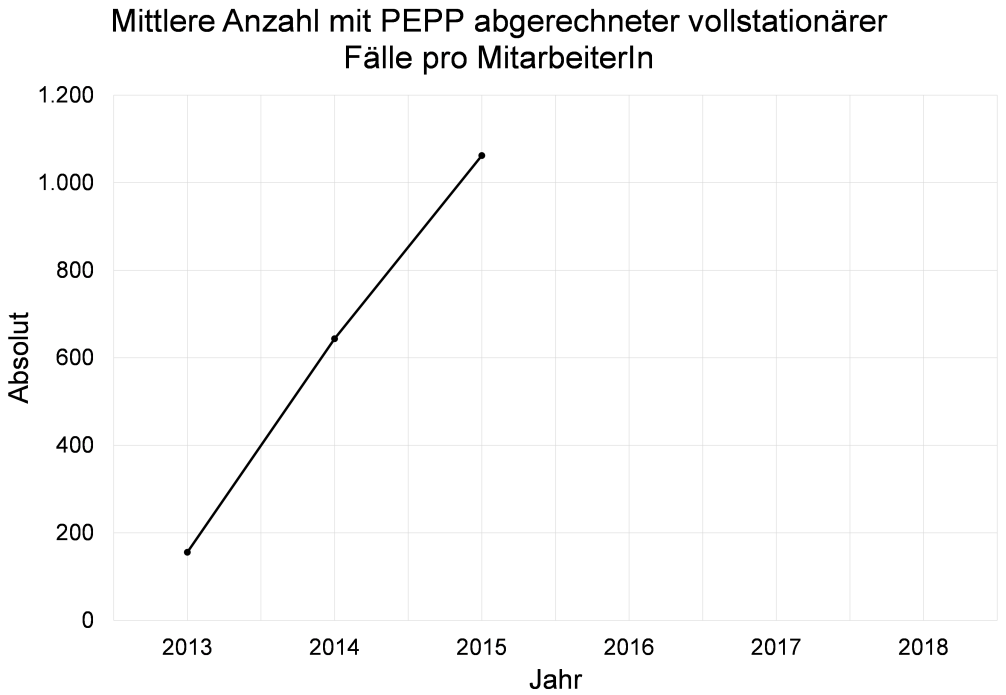
Die weitaus häufigst anzutreffenden beruflichen Qualifikationen dieser MitarbeiterInnen sind Sozialversicherungs- oder kaufmännische Ausbildungen (zwischen 7,78 und 8,44 VÄ p. a.). Einen geringen Anteil machen MitarbeiterInnen mit einer pflegerischen Ausbildung aus (zwischen 0,30 und 0,90 VÄ p. a.), während sonstige nicht-akademische Ausbildungen im Vergleich dazu etwas häufiger vertreten sind (zwischen 0,83 und 1,17 VÄ p. a.). Bei den MitarbeiterInnen mit den explizit benannten Ausbildungen lässt sich – ebenso wie bei den anderen MitarbeiterInnen – eine kontinuierliche Zunahme der Personalstärke über die betrachteten Jahre erkennen.



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

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

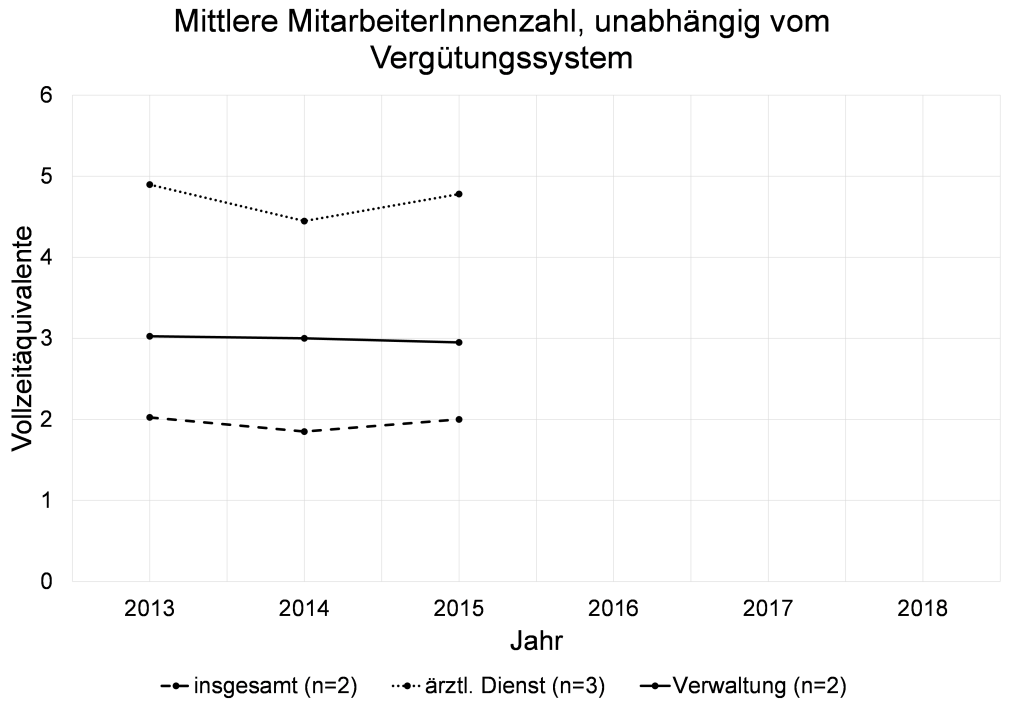
Die Anzahl vollstationär behandelter Fälle, die nach PEPP abgerechnet und von einer MitarbeiterIn im Durchschnitt in einem Jahr bearbeitet wurden, stieg nach der Einführung des Entgeltsystems (ab 2013) nahezu linear an. Im Jahr 2013 wurden im Mittel 156 vollstationäre Fälle von einer Vollkraft bearbeitet, im Jahr 2014 waren es 644 Fälle und im Jahr 2015 durchschnittlich 1 062 Fälle (s. Abbildung 10.6).



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

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

Darüber hinaus haben auch vier MDK Angaben zum Personaleinsatz gemacht. Im Einzelnen geht es um den Personaleinsatz in den Jahren 2013, 2014 und 2015 für voll- und teilstationäre Leistungen, die in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit beiden Vergütungssystemen abgerechnet und nach Dienstart differenziert erfasst wurden (s. Abbildung 10.7). Ein MDK mit teilweise extrem hohen Angaben wurde bei der Auswertung nicht berücksichtigt. Die Personalstärke war in Vollzeitäquivalenten im Jahresdurchschnitt (VÄ p. a.) anzugeben.

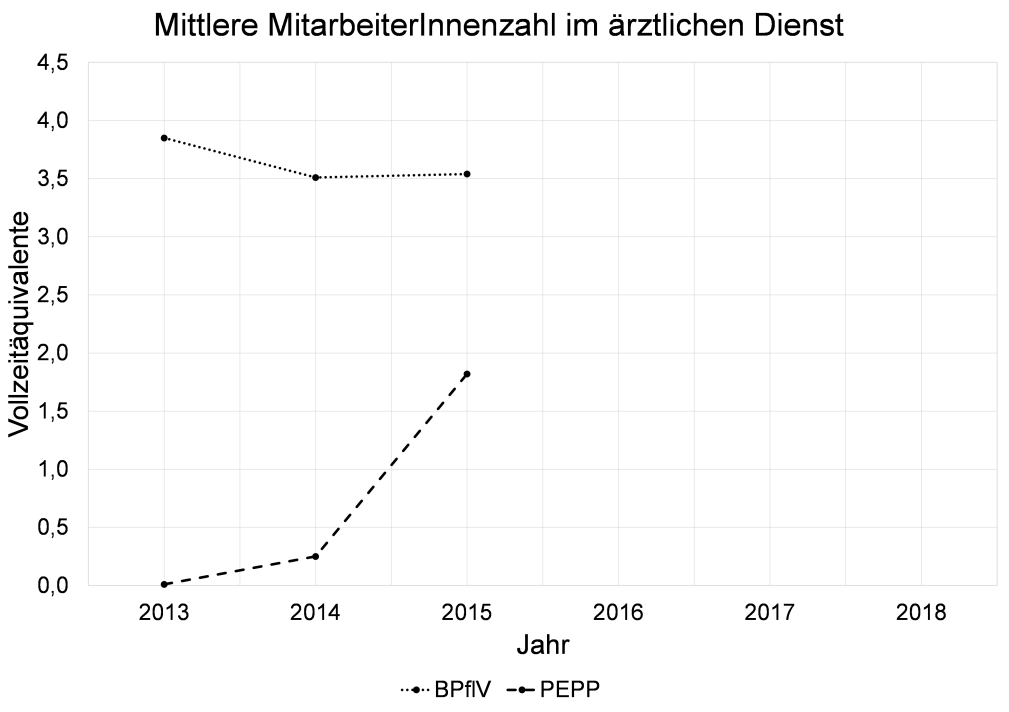


Anm.: Die Mitarbeiteranzahl wird in Vollzeitäquivalenten pro Jahr (VÄ p. a.) angegeben.
Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.7.: Mittlere MitarbeiterInnenzahl, unabhängig vom Vergütungssystem

Der Personaleinsatz für beide Vergütungssysteme zusammen war über die betrachteten Jahre 2013 bis 2015 im Mittel mit insgesamt 2,0, 1,8 und 2,0 VÄ p. a. stabil. Dieser Verlauf zeigt sich in ähnlicher Weise beim ärztlichen Dienst[32] (4,9; 4,5 und 4,8 VÄ p. a.) sowie bei der Personalausstattung der Verwaltung (durchgängig 3,0 VÄ p. a.). Ein MDK hat den Personaleinsatz nach dem Vergütungssystem differenziert angegeben und zwar für den ärztlichen Dienst (s. Abbildung 10.8). Danach wurden für mit TGPS abgerechnete Leistungen in den Jahren 2013 bis 2015 im ärztlichen Dienst 3,9; 3,5 und 3,5 VÄ p. a. beschäftigt und für nach PEPP abgerechnete Fälle 0,01; 0,25 und 1,8 VÄ p. a.

[32] Die unerwarteten Niveaus der VÄ („insgesamt“, „ärztlicher Dienst“ und „Verwaltung“) sind auf die Mittelwertbildung zurückzuführen, die jeweils auf Angaben unterschiedlicher MDK mit unterschiedlichen VÄ-Niveaus beruhen.



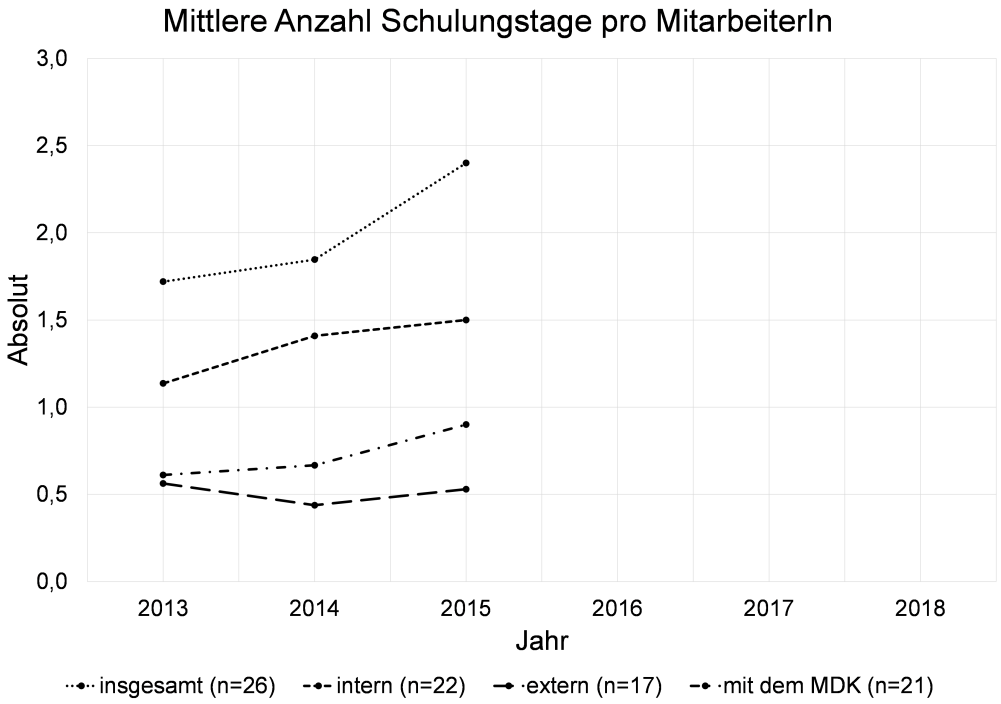
Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.8.: Mittlere MitarbeiterInnenzahl im ärztlichen Dienst

10.3.1. Verwaltungskosten

Neben den laufenden Personalausgaben fallen weitere einmalige sowie kontinuierlich wiederkehrende Aufwendungen zur Einführung und zum Betrieb des PEPP-Entgeltsystems an. In der Befragung der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen werden dazu Aufwände zur Schulung des Personals, Aufwände für externe Beratungsleistungen und auf externe Dienstleister ausgelagerte Leistungen abgefragt.

Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems macht auf Seiten der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen eine gründliche Schulung des damit befassten Personals notwendig. Dem erkannten Schulungsbedarf wird mit zunehmenden Schulungsaktivitäten begegnet. Insgesamt steigt die durchschnittliche Anzahl durchgeführter Schulungstage pro MitarbeiterIn in den ersten drei Jahren nach Einführung des PEPP-Entgeltsystems zunehmend an; sie steigt von 1,72 Tage pro MitarbeiterIn im Jahr 2013 über 1,85 Tage pro MitarbeiterIn im Jahr 2014 auf 2,40 Tage pro MitarbeiterIn im Jahr 2015 an (s. Abbildung 10.9), was einer durchschnittlichen Zunahme des Zeitumfangs von rund 40 Prozent bzw. 5,4 Stunden pro MitarbeiterIn gegenüber dem Jahr 2013 bedeutet. Die Schulungen werden überwiegend intern durchgeführt.



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

Abbildung 10.9.: Mittlere Anzahl Schulungstage pro MitarbeiterIn

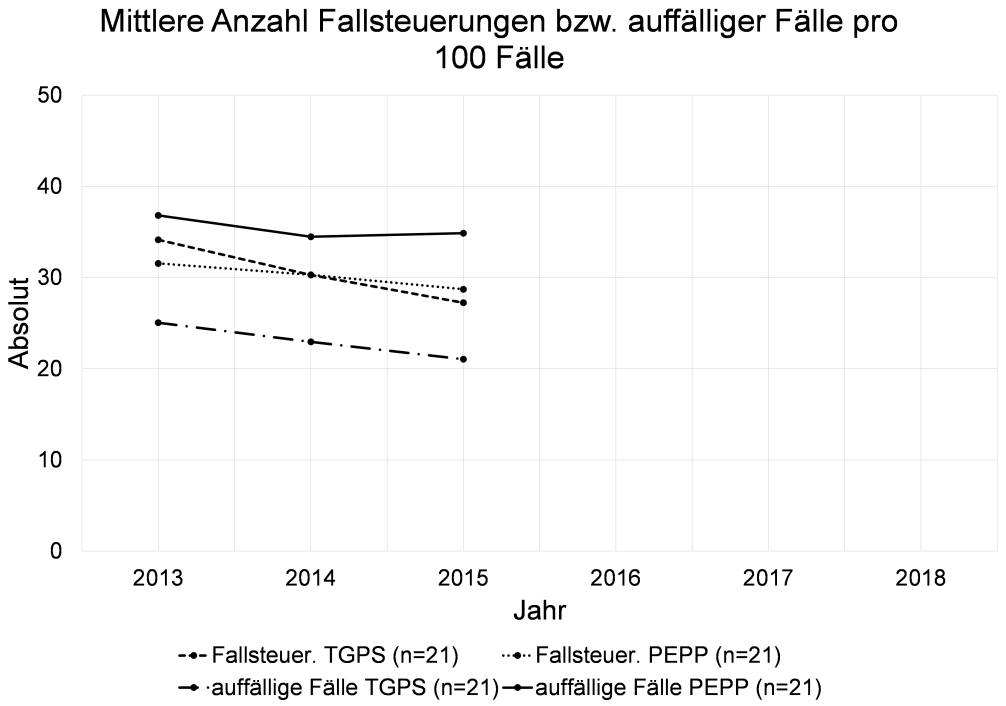
Externe Beratungsleistungen werden von den Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen eher selten in Anspruch genommen. Für die drei betrachteten Jahre geben vier Kassen an, jeweils einen Beratertag für den mit PEPP-Abrechnungen befassten Bereich verwendet zu haben. Eine Kasse nahm in jedem dieser Jahre 15 Beratertage in Anspruch. Ansonsten wurde nicht auf externe Beratungsleistungen zurückgegriffen.

10.3.2. Organisation der Fallprüfungen

5 von 26 (19,2 Prozent) Kassen gaben für das Jahr 2013 und 7 von 26 (26,9 Prozent) jeweils für die Jahre 2014 und 2015 an, dass wesentliche Anpassungen in den Abläufen der Rechnungsprüfung erfolgten. Acht Kassen gaben Auskunft darüber, um welche Anpassungen es sich dabei explizit handelte: Abrechnungsprüfung, Einführung der Kodierprüfung[33], Anpassung des Regelwerkes für die Rechnungsprüfung sowie die Tatsache, dass die Berufsbilder „FallmanagerIn“ und „Kodierfachkraft“ neu hinzugekommen sind.

Im Zuge der Rechnungsprüfung können Fallsteuerungen erfolgen bzw. auffällige Fälle auf Grundlage formaler ggf. automatisierter Prüfrichtlinien oder Prüfprogramme entdeckt werden. Hier wurden die Kassen gebeten, Angaben bzw. Einschätzungen abzugeben, wie häufig Fallsteuerungen und auffällige Fälle bei den betrachteten Vergütungssystemen – bezogen auf 100 abgerechnete Fälle – in den jeweiligen Verfahrensjahren auftreten.

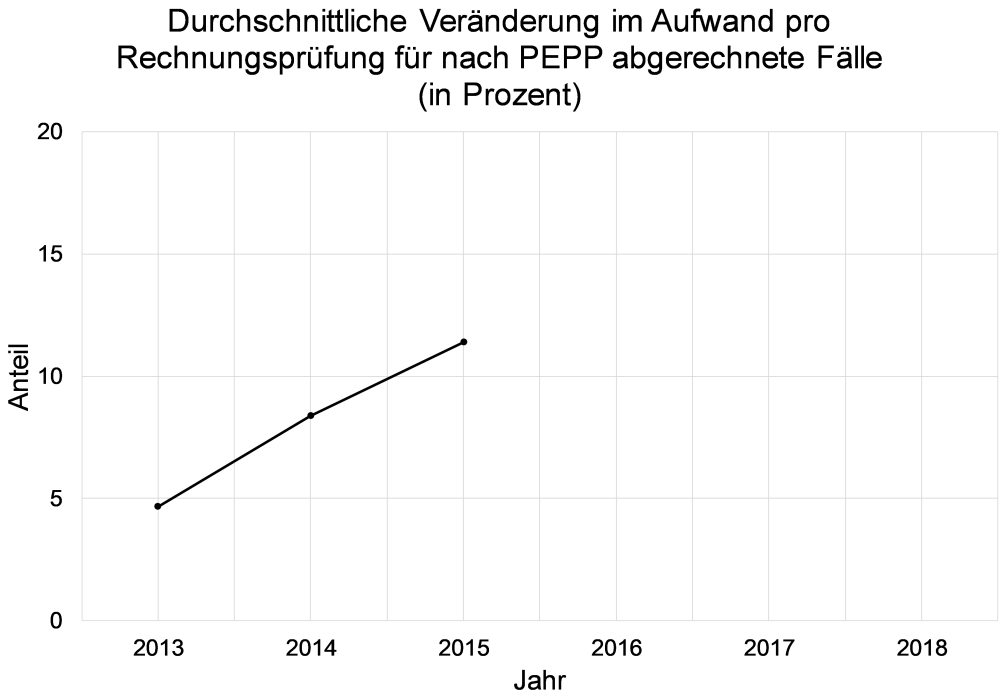
[33] Überprüfung der PEPP-Kodes, mit denen die Behandlung der PatientInnen beschrieben wird und die Grundlage der fallbezogenen Vergütung bilden.



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

Abbildung 10.10.: Mittlere Anzahl Fallsteuerungen bzw. auffälliger Fälle pro 100 Fälle

Es zeigt sich, dass sich die Durchführung von Fallsteuerungen, also das Eingreifen im Laufe der Behandlung, bei beiden Vergütungssystemen relativ ähnlich darstellt. Über die betrachteten Jahre nimmt die Anzahl pro 100 abgerechneter Fälle stetig ab, von 34,1 bzw. 31,6 im Jahr 2013 über 30,3 im Jahr 2014 auf 27,2 bzw. 28,7 im Jahr 2015 (TGPS vs. PEPP, s. Abbildung 10.10). Die Anzahlen auffälliger Fälle unterscheiden sich vom Niveau her dagegen sehr und liegen für mit TGPS abgerechnete Fälle mit Werten von 25,0, 23,0 und 21,0 (jeweils bezogen auf 100 abgerechnete Fälle) deutlich unter den Fallsteuerungswerten. Für nach PEPP abgerechnete Fälle liegen sie mit Werten von 36,8, 34,5,und 34,9 (jeweils bezogen auf 100 abgerechnete Fälle) durchgängig über den Werten der Fallsteuerungen. Bei den auffälligen Fällen variieren die Unterschiede beider Vergütungssysteme zwischen 11,5 und 13,8 Fällen pro 100 abgerechneten Fällen.

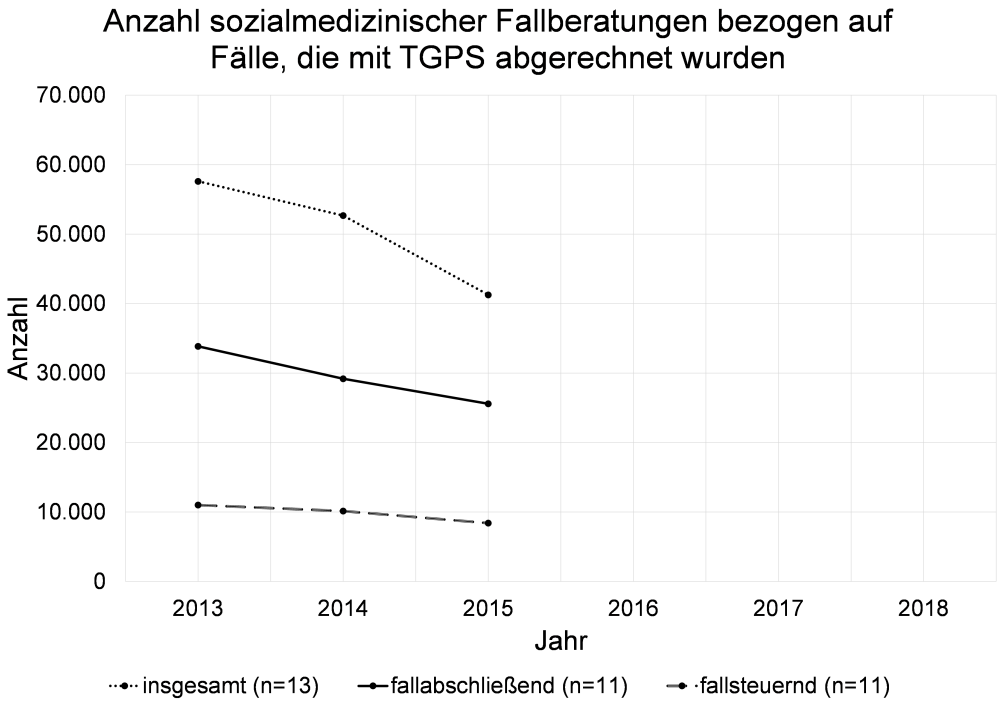


Anm.: Ein positiver (negativer) Anteilswert beschreibt einen Mehr- (Minder-)aufwand gegenüber TGPS.
Datenquelle: BQS – Befragung der Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen; eigene Berechnung.

Abbildung 10.11.: Durchschnittliche Veränderung im Aufwand pro Rechnungsprüfung für nach PEPP abgerechnete Fälle (in Prozent)

Ausgehend vom Referenzwert „100 Prozent“ für den Aufwand einer durchschnittlichen Rechnungsprüfung eines mit TGPS abgerechneten Falles, wird im Durchschnitt für das Jahr 2013 ein Mehraufwand für nach PEPP abgerechnete Fälle i. H. v. 4,67 Prozent angegeben (s. Abbildung 10.11). Im Jahr 2014 liegt der Mehraufwand bei 8,39 Prozent und im Jahr 2015 steigt der Mehraufwand für eine PEPP-Abrechnung im Mittel auf 11,4 Prozentgegenüber der Abrechnung eines TGPS-Falles an.

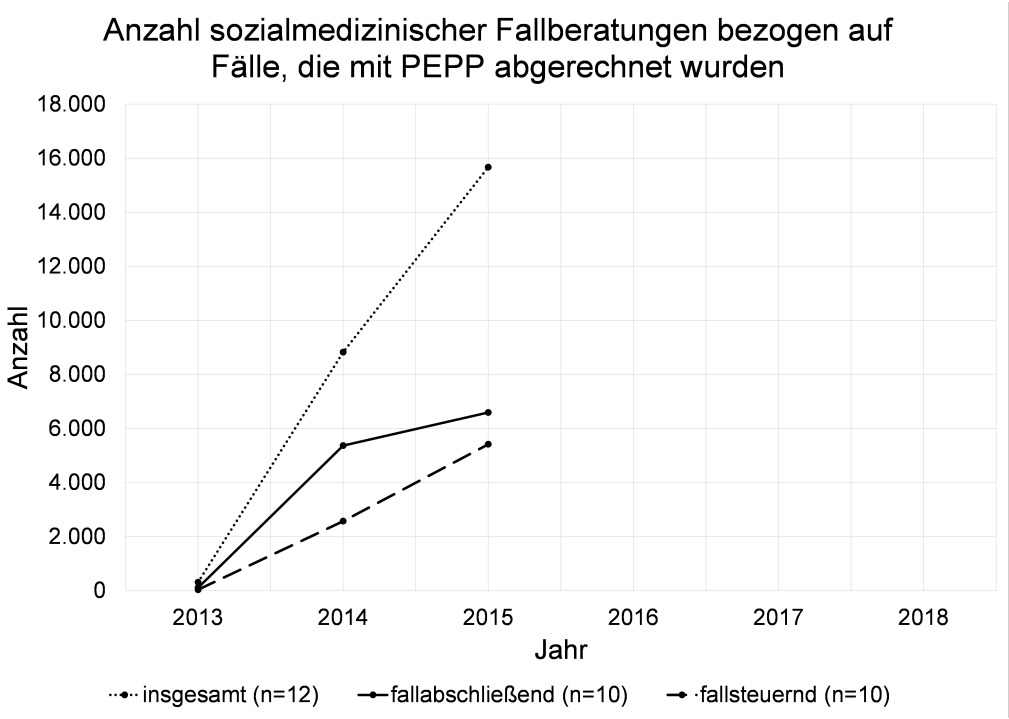
Zur Beschreibung des Fallprüfungsgeschehens wurde auch eine Befragung der MDK durchgeführt. Hierbei wurde die Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen, die Anzahl Begutachtungen (Gutachten und Kurzgutachten) sowie die Anzahl von Widerspruchsanträgen getrennt für beide Vergütungssysteme bezogen auf die Jahre 2013, 2014 und 2015 erhoben.



Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.12.: Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet wurden

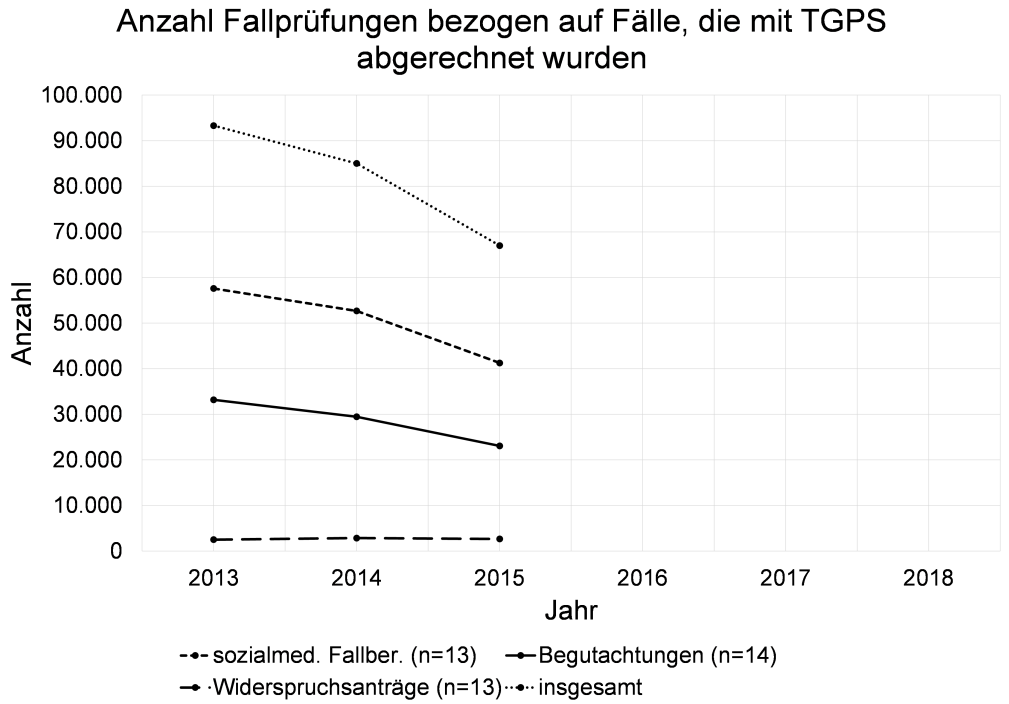
Bezogen auf voll- und teilstationäre Fälle aus der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die mit TGPS abgerechnet wurden, nahm der Umfang sozialmedizinischer Fallberatungen über die betrachteten Jahre 2013 bis 2015 insgesamt von 57 595 über 52 669 auf 41 258 Fallberatungen pro Jahr ab (s. Abbildung 10.12).



Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

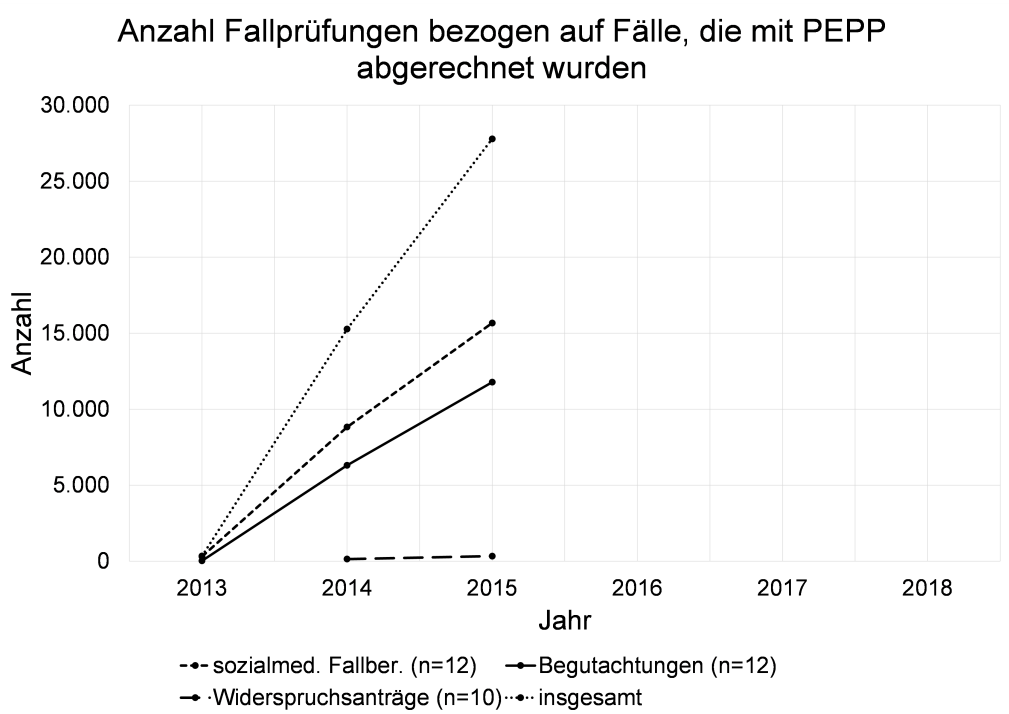
Abbildung 10.13.: Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden

Die Anzahlen der fallabschließenden und der fallsteuernden Fallberatungen fielen ebenfalls in diesem Zeitraum auf niedrigerem Niveau ab. Bezogen auf Fälle, die in diesem Zeitraum mit PEPP abgerechnet wurden, zeigt sich dagegen ein kontinuierlicher Anstieg der sozialmedizinischen Fallberatungen von 307 Fällen im Jahr 2013 über 8 824 Fälle im Jahr 2014 auf 15 668 Fälle im Jahr 2015 (s. Abbildung 10.13). Die Anzahlen der fallabschließenden und der fallsteuernden Fallberatungen stiegen in diesem Zeitraum beide auf niedrigerem Niveau an.



Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.14.: Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet wurden



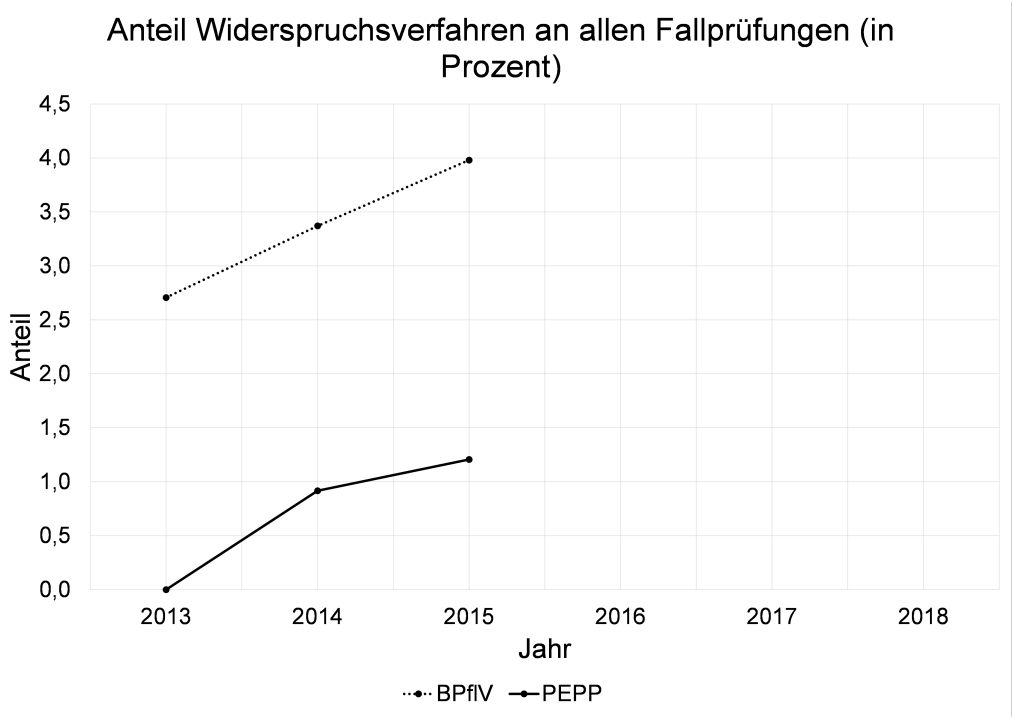
Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.15.: Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden

Auch bei den Begutachtungen zeigt sich ein ähnliches Bild. Bei mit TGPS abgerechneten Fällen fällt die Anzahl kontinuierlich von 33 182 Fällen (2013) über 29 469 Fälle (2014) auf 23 068 Fälle im Jahr 2015 ab (s. Abbildung 10.14). Die Anzahl der Begutachtungen von PEPP-Fällen steigt in den Jahren von 29 Fällen (2013) über 6 303 Fälle (2014) zu 11 778 Fällen im Jahr 2015 an (s. Abbildung 10.15).

Bei Betrachtung des gesamten Fallprüfungsgeschehens bzw. der Summe der Angaben zu den sozialmedizinischen Fallberatungen, den Begutachtungen und den Widerspruchsanträgen wird die gegenläufige Entwicklung bezogen auf beide Vergütungssysteme deutlich. Bei mit TGPS abgerechneten Fällen nimmt die Gesamtanzahl von Fallprüfungen kontinuierlich ab, von 93 302 (2013) über 85 003 (2014) auf 66 992 Fälle im Jahr 2015 (s. Abbildung 10.14). Bei nach PEPP abgerechneten Fällen nimmt die Anzahl von Fallprüfungen kontinuierlich zu, von 336 (2013) über 15 267 (2014) zu 27 781 Fälle im Jahr 2015 (s. Abbildung 10.15).

Bei den Widerspruchsanträgen, bei mit TGPS abgerechneten Fällen, zeigen sich über den betrachteten Zeitraum nur geringe Änderungen (2 525 vs. 2 865 vs. 2 666 Fälle p. a., s. Abbildung 10.14), bei nach PEPP abgerechneten Fällen wurde für 2013 kein Fall notiert, für 2014 geben acht MDK insgesamt 140 Widerspruchsanträge an und für 2015 werden von 10 MDK 335 Widerspruchsanträge angegeben (s. Abbildung 10.15).



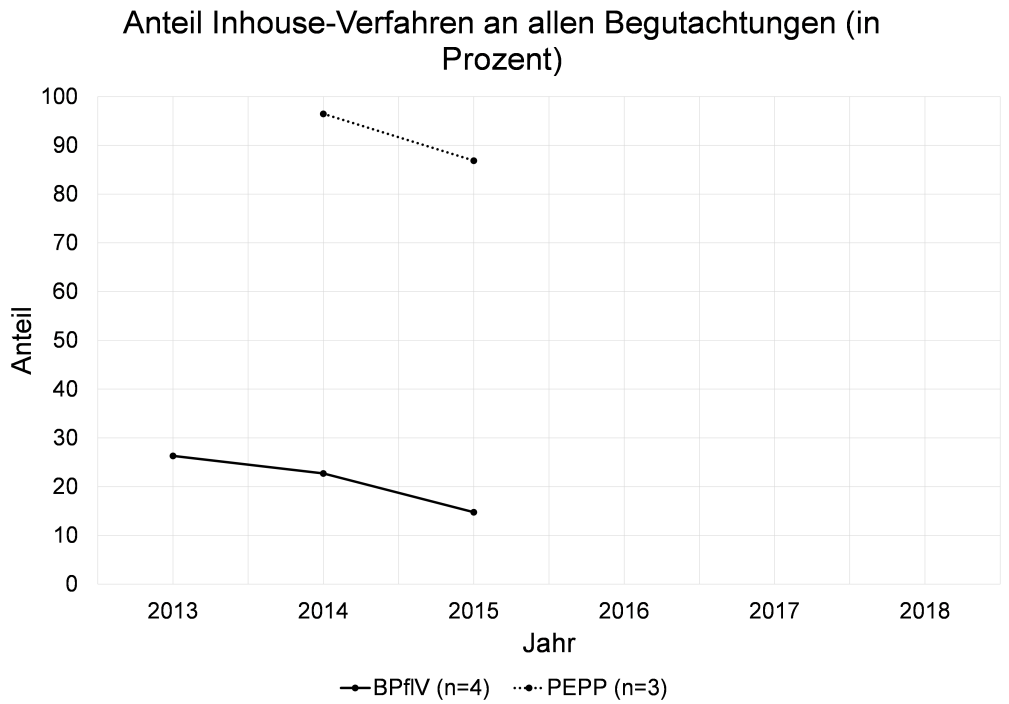
Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.16.: Anteil Widerspruchsverfahren an allen Fallprüfungen (in Prozent)

Für die folgende Betrachtung wurde die Anzahl der Widerspruchsverfahren ins Verhältnis zur Summe der Anzahl sozialmedizinischer Fallprüfungen, Begutachtungen und Widerspruchsverfahren gesetzt, da diese das gesamte Fallprüfungsgeschehen beschreiben. Die

Berechnungen erfolgten getrennt für die betrachteten Verfahrensjahre 2013 bis 2015 und differenziert nach den beiden zu vergleichenden Vergütungssystemen. Die Quoten werden in Prozent angegeben. Die Ergebnisse sind in Abbildung 10.16 dargestellt.

Bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet werden, steigt die Quote der Widerspruchsverfahren über die Jahre kontinuierlich von 2,7 Prozent des gesamten Fallprüfungsgeschehens im Jahr 2013 über 3,4 Prozent (2014) zu 4,0 Prozent im Jahr 2015 an. Bei nach PEPP abgerechneten Fällen steigt die Quote ebenfalls kontinuierlich an, aber auf niedrigerem Niveau. Im Jahr 2013 werden von den MDK keine Widerspruchsverfahren aufgeführt, daher liegt die Quote hier bei 0,0 Prozent, im Jahr 2014 liegt sie bei 0,9 Prozent und im Jahr 2015 bei 1,2 Prozent.



Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Abbildung 10.17.: Anteil Inhouse-Verfahren an allen Begutachtungen (in Prozent)

Neben inhaltlichen Aspekten der Begutachtungen gibt es den formalen Aspekt der Prüfung im Inhouse-Verfahren (s. Abbildung 10.17). Es zeigt sich, dass der Anteil Inhouse-Verfahren an allen Begutachtungen bei differenzierter Betrachtung über die betrachteten Jahre abnimmt. Bei Abrechnungen von TGPS fällt die Quote von 26,3 Prozent im Jahr 2013 über 22,7 Prozent (2014) auf 14,8 Prozent im Jahr 2015. Werden die Fälle nach PEPP abgerechnet, dann liegen bei den einbezogenen MDK für 2013 keine Angaben vor, im Jahr 2014 liegt der Anteil bei 96,5 Prozent und fällt im Folgejahr auf 86,9 Prozent.

10.4. Diskussion

Mit der sukzessiven Einführung des PEPP-Entgeltsystems steigt die Anzahl von Einzelfallprüfungen und liegt bereits ab dem Jahr 2014 über der Prüfquote bei mit TGPS abgerechneten Fällen. Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems führt u. a. dazu, dass die Korrekturquote im Rahmen der Einzelfallprüfungen im ersten Jahr der Einführung besonders hoch ausfällt, um in den Folgejahren wieder zurückzugehen. Dabei liegen die Korrekturquoten der Bewertungsrelationen deutlich über den Korrekturquoten der Verweildauer und primären Fehlbelegung bei nach PEPP abgerechneten Fällen. Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems bewirkt zudem einen Anstieg der Anzahl an Klageverfahren bei den Einzelfallprüfungen, welcher deutlich über den Anteilen bei mit TGPS abgerechneten Fällen liegt.

Für die Krankenkassen und Krankenversicherungen macht das Fallaufkommen der nach PEPP abgerechneten Fälle 2013 einen Anteil an allen Abrechnungen von 1,6 Prozent aus, im Folgejahr steigt der Anteil auf 16,3 Prozent und im Jahr 2015 auf 34,7 Prozent.

Die MDK-Befragung hat ebenfalls ergeben, dass mit der seit 2013 kontinuierlich ansteigenden Anzahl von Optionshäusern, die Anzahl der Fallprüfungen für mit PEPP abgerechnete Fälle ebenfalls kontinuierlich ansteigt. Gleichzeitig führen die MDK zunehmend weniger Fallprüfungen bei Fällen durch, die mit TGPS abgerechnet wurden. Dieser gegenläufige Zusammenhang findet sich bei den sozialmedizinischen Fallberatungen und bei den Begutachtungen wieder. Bei den Widerspruchsanträgen ist er so nicht zu erkennen. Bezogen auf die absolute Anzahl an Fallprüfungen lässt sich lediglich bei den PEPP-Fällen ein höherer Anteil von Begutachtungen an den Gesamtprüfungen feststellen.

Mit der Zunahme an mit PEPP abzurechnenden Fällen gehen unterschiedliche Veränderungen in den Krankenkassen und Krankenversicherungen einher. Im IT-Bereich berichten 77 bis 85 Prozent der Kassen, Änderungen bei den Rechnungsprüfungsprogrammen vorgenommen zu haben. Änderungen bei den Datenübermittlungsverfahren haben 33 bis 48 Prozent der Kassen durchgeführt. Dies legt die Schlussfolgerung nahe, dass die Einführung des PEPP-Entgeltsystems bei einem wesentlichen Anteil der Krankenkassen und Krankenversicherungen im IT-Bereich zu Veränderungen geführt hat, die aus notwendigen Aktualisierungen resultieren und folglich bei einer derartigen Umstellung zu erwarten sind.

Auf der Personalebene zeigt sich, dass die Anzahl der mit den Abrechnungen psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer stationärer Leistungen befasster MitarbeiterInnen in den Kassen über die betrachteten Jahre kontinuierlich ansteigt (s. Abbildung 10.5). Bei insgesamt gleichbleibenden Abrechnungszahlen kommt darin der PEPP-bedingte personale Mehrbedarf zum Ausdruck. Zusammenfassend lässt sich daher festhalten, dass die Einführung des PEPP-Entgeltsystems kassenseitig zu einer Erhöhung des Personalaufwandes für die Abrechnung geführt hat, was aufgrund der unterschiedlichen Komplexität beider Systeme einen nachvollziehbaren Effekt darstellt.

Zusätzlich zur steigenden Anzahl an MitarbeiterInnen, die bei den Krankenkassen die Abrechnungen bearbeiten, steigt ebenfalls die Anzahl durchgeführter Schulungstage pro MitarbeiterIn an, womit sich die absoluten Schulungsaufwände in den Kassen insgesamt noch einmal stärker entwickeln als der Zuwachs an Schulungstagen pro MitarbeiterIn allein erkennen lässt. Die Zunahme interner Schulungen schwächt sich ab, wohingegen Schulungen mit dem MDK zunehmen. Hierin zeigt sich die Komplexität des PEPP-Entgeltsystems und die Bedeutung eines mit dem MDK abgestimmten Vorgehens. Externe Beratungsleistungen sowie Auslagerungen von Leistungen an externe Dienstleister kommen PEPP-bedingt gar nicht oder nur in einem unbedeutenden Umfang vor.

Die Personalausstattung der MDK hingegen bleibt über die betrachteten ersten drei Jahre der Einführung des PEPP-Entgeltsystems relativ stabil, so dass auf absoluter Ebene kein offenkundiger Effekt der Einführung des PEPP-Entgeltsystems naheliegt. Die Angaben eines MDK zeigen möglicherweise den naheliegenden inhaltlichen Wechsel bei den MitarbeiterInnen des ärztlichen Dienstes, der sich nur marginal auf die Beschäftigtenzahlen insgesamt auswirkt. Hier bleibt zu beobachten, welchen Langzeiteffekt der Übergang zum PEPP-Entgeltsystem für die Personalausstattung hat. Es ist wünschenswert, aussagekräftige Angaben durch die MDK-Befragung für die folgenden drei Jahre, dem zweiten Forschungszyklus, zu gewinnen.

Bei den Fallprüfungen fällt auf, dass sich die relativen Häufigkeiten für beide Vergütungsverfahren sehr ähneln und über die Anfangsjahre der Einführung des PEPP-Entgeltsystems von Jahr zu Jahr moderat abnehmen. Sehr deutlich fällt dagegen der Unterschied zwischen den relativen Häufigkeiten der gefundenen auffälligen Fälle bei beiden Vergütungsverfahren auf. Pro 100 abgerechnete Fälle werden bei mit PEPP abgerechneten Fällen 11,5 bis 13,8 mehr Fälle als auffällig klassifiziert als bei 100 mit TGPS abgerechneten Fällen. Allein damit steigt der Prüfaufwand für die Kassen und die Leistungserbringer deutlich an. Dieser Umstand wird von den Kassen bestätigt, wenn sie angeben, dass der Mehraufwand pro Rechnungsprüfung von 4,7 Prozent über 8,4 Prozent auf 11,4 Prozent über die betrachteten Jahre angestiegen ist (im Vergleich zu Rechnungsprüfungen von Fällen, die mit TGPS abgerechnet wurden).

Insgesamt werden dadurch zwei Auswirkungen der Einführung des PEPP-Entgeltsystems auf die Organisation der Fallprüfungen deutlich: Zum einen steigt der Aufwand für die Rechnungsprüfungen aufgrund der oben geschilderten Anpassungen in den Abläufen deutlich, was aufgrund der gestiegenen Komplexität der Abrechnung im Erwartungshorizont liegt und somit einen erwarteten Effekt der PEPP-Einführung darstellt. Zum anderen steigt die Anzahl der als auffällig klassifizierten Fälle, was vermutlich auf die zusätzlich kodierten Informationen bei PEPP-Fällen und die Neuartigkeit des Systems zurückzuführen ist.

Die Angaben der MDK-Befragung zeigen überdies, dass der Anteil der Widerspruchsverfahren an allen Fallprüfungen seit dem Beginn der PEPP-Einführung kontinuierlich gestiegen ist. Bei differenzierter Betrachtung gilt das für mit TGPS abgerechnete Fälle ebenso wie für Fälle, die nach PEPP abgerechnet wurden, jedoch bei den PEPP-Fällen

auf deutlich niedrigerem Niveau. Bisher fehlt eine Erklärung dafür, dass die Anzahl an Widerspruchsverfahren nicht im gleichen Umfang gefallen ist wie die Anzahl der mit TGPS abgerechneten Fälle.

Der Anteil an Prüfungen im Inhouse-Verfahren nimmt bei mit TGPS abgerechneten Fällen ab, was auf die abnehmende Relevanz dieser Vergütungsvariante zurückzuführen sein dürfte. Die Quote an Prüfungen nach Inhouse-Verfahren liegt bei Begutachtungen von PEPP-Fällen grundsätzlich um ein Vielfaches höher als bei der Prüfung von TGPS-Fällen. Dies hängt maßgeblich mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems zusammen. Das extrem hohe relative Ausmaß an Inhouse-Verfahren bei PEPP-Fällen in den Anfangsjahren seiner Einführung, mit einer Prüfquote von annähernd 100 Prozent im Jahr 2014, dürfte auf zwei Umständen beruhen, zum einen den noch vergleichsweise geringen Fallzahlen und zum anderen dem Bedürfnis nach Abklärung interpretationsfähiger Sachverhalte. Beide Punkte würden den Abfall der Quote im Jahr 2015 in Richtung Normalniveau erklären.

Die Veränderungen der mit Hilfe von Sekundärdaten gemessenen Indikatoren dieses Kapitels sind nur mit Einschränkungen zu interpretieren, da sich für diese Indikatoren im Beobachtungszeitraum die Grundgesamtheit bzw. der Differenzierungsgrad verändert hat. Dies trifft vor allem für die Erhebung der Kosten der Krankenhäuser bzw. der Leistungsausgaben der GKV zu.

Die beobachtete Kostensteigerung bei den bereinigten Kosten der Psych-Krankenhäuser von 2011 auf 2015 von 25,7 Prozent liegt oberhalb der Zunahme in der Vergangenheit. z. B. sind im Zeitraum von 2008 bis 2010 die bereinigten Kosten von 3,2 Mrd. Euro in 2008 auf 3,5 Mrd. Euro in 2010 gestiegen, was lediglich einem Anstieg von 9,1 Prozent über 2 Jahre entspricht. Zumindest teilweise kann die Kostensteigerung bei den bereinigten Kosten auf den zeitgleich erfolgten Anstieg der Behandlungstage um 6,7 Prozent (s. Kapitel 7) zurückgeführt werden.

Insbesondere bei den Personalkosten, die in der psychiatrischen stationären Versorgung einen wesentlichen Anteil der bereinigten Kosten ausmachen, hat es größere Veränderungen gegeben. Laut den Daten des Statistischen Bundesamtes stiegen die Personalkosten in Psych-Krankenhäusern im Berichtszeitraum um 25,3 Prozent auf 3,6 Mrd. Euro – im ärztlichen Dienst sogar um 34,3 Prozent. Dieser Anstieg der Personalkosten beträgt im Vorberichtszeitraum von 2008 bis 2011 im Mittel 5,0 Prozent pro Jahr. Diese Veränderung liegt vermutlich vor allem an den seit dem Jahr 2012 geänderten Regeln in der Vergütung und dem Ausgleich von Bereitschaftsdiensten. So sind z. B. seit dem Jahre 2012 Bereitschaftsdienste zwischen 21.00 Uhr und 06.00 Uhr als Nachtarbeit einzustufen. Dies führte zu höheren Kosten und zu einem weitergehenden Urlaubsausgleich. Für die Krankenhäuser bedeutete diese Änderung nicht nur eine Erhöhung der Vergütung je MitarbeiterIn, sondern brachte auch die Erfordernis mit, zusätzliches Personal einzustellen. Unklar ist jedoch in diesem Kontext, inwieweit und in welchem Umfang die krankenhausindividuellen Verhandlungsergebnisse über die Entwicklung der Pflegesätze zu einem entsprechenden Ausgleich geführt haben.

Der größte Unsicherheitsfaktor in Bezug auf die Interpretation der Entwicklung der bereinigten Kosten ist jedoch auf die veränderte Grundgesamtheit zurückzuführen. Ein Vergleich über mehrere Jahre hinweg, im Rahmen dieser Analyse von 2011 auf 2015, wird zudem dadurch erschwert, dass sich sowohl die Arbeitsmarktsituation als auch die Strukturen in der Leistungserbringung (z. B. durch Outsourcing, vgl. Kapitel 5.1), durch die lokale Struktur der nicht-stationären Versorgungsbereiche inkl. der integrierten Versorgung und Modellprojekte, vgl. 5.2) über die Zeit verändern und damit einen Einfluss auf die zu messenden Parameter haben. Außerdem muss berücksichtigt werden, dass steigende Aufwendungen für den Ausbildungsfonds sowohl die Brutto-Gesamtkosten als auch die bereinigten Kosten erhöhen.

Auch bei zukünftigen Interpretationen der Kosten der Krankenhäuser und der Leistungsausgaben der GKV sind diese Faktoren zusätzlich zu beachten. Insofern wird ein Vergleich mit den Vorjahren immer nur eingeschränkt möglich sein. Im Hinblick auf die verpflichtende Einführung des PEPP-Entgeltsystems als Grundlage des nächsten Zyklus der Begleitforschung wird deshalb nochmals geprüft werden müssen, ob sich vor und nach der verpflichtenden Einführung des PEPP-Entgeltsystems Änderungen oder Trendbrüche in der dokumentierten Entwicklung nachweisen lassen.

In der Gesamtbetrachtung dieses Kapitels zeigen sich wesentliche Veränderungen in den Strukturen von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen. Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems führt zu Veränderungen in den Abrechnungsprozessen, die sich u. a. auf den IT-Bereich, die Personalausstattung und -schulungen auswirken. Auf der Seite der Krankenhäuser deuten sich ebenfalls steigende Aufwände in Verbindung mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems an, die sich beispielsweise in einem steigenden Anteil an Einzelfallprüfungen und dem damit verbundenen Anteil an Korrekturen und Klageverfahren im Rahmen des PEPP-Entgeltsystems widerspiegeln. Bei der Entwicklung der Leistungsausgaben der GKV sind datenbedingt aktuell noch keine verlässlichen Aussagen möglich.

Fazit und Ausblick

11. Fazit und Ausblick

Mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems ab dem Jahr 2013 erfolgte für die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung der vorerst freiwillige, budgetneutrale Umstieg von krankenhaus- bzw. abteilungsspezifischen, tagesgleichen Pflegesätzen hin zu einem stärker an der Ressourcenintensität der Behandlung ausgerichteten Vergütungssystem. Ähnlich wie beim diagnosebezogenen DRG-Entgeltsystem wird auch beim PEPP-Entgeltsystem das Ziel angestrebt, PatientInnen in möglichst kostenhomogene Abrechnungsgruppen einzuteilen. Seit 2018 ist die Umstellung verpflichtend, wenngleich immer noch (weitgehend) budgetneutral.

Der vorliegende Bericht zum Ende des ersten Forschungszyklus ist als Erweiterung des Endberichts zur Nullpunktmessung zu sehen. Er basiert auf Daten für die Jahre 2011 bis 2015 und verfolgt das Ziel, mit Hilfe deskriptiver und inferenzstatistischer Methoden Veränderungen in den durch den Auftraggeber vorgegebenen Indikatoren zu messen und diese – ggf. im Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems – zu diskutieren. Die im Rahmen des ersten Forschungszyklus bereitgestellten Daten ermöglichen dabei einen Vergleich der Indikatoren zwischen den zeitlichen Abschnitten *vor* (Jahre 2011 und 2012) und *nach* (Jahre 2013 bis 2015) der freiwilligen und budgetneutralen Einführung. Zusätzlich geben die durchgeführten Analysen Aufschluss darüber, ob sich etwaige Veränderungen in diesen Indikatoren vor allem auf die Gruppe von Krankenhäusern konzentrieren, die bereits für PEPP optiert haben oder ob auch die Gruppe von Krankenhäusern, die weiterhin TGPS abrechnen, von diesen Änderungen betroffen ist.

Im aktuellen Forschungszyklus wurden hierfür erstmalig Befragungen der Krankenhäuser, der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen und der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen vorgenommen. Gegenüber der Nullpunktmessung standen außerdem zusätzliche Sekundärdaten zur Verfügung (GKV-Routinedaten gem. § 295 und § 301 SGB V sowie fallbezogene Leistungsdaten gem. § 21 KHEntgG), um detailliertere und differenziertere Analysen durchzuführen.

Die Entwicklung in den Bereichen Zugang und Qualität der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ist im Berichtszeitraum uneindeutig. Das bedeutet, dass in den zur Operationalisierung der einzelnen Themen herangezogenen Indikatoren Veränderungen beobachtet wurden, die sowohl als Verbesserungen als auch Verschlechterungen interpretiert werden könnten. Insofern kann ein Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems zum jetzigen Zeitpunkt und auf wissenschaftlicher Basis nicht hergestellt werden, was allerdings nicht bedeutet, dass ein solcher Zusammenhang grundsätzlich ausgeschlossen werden kann.

Im Berichtszeitraum sind keine Veränderungen in den Strukturen, bei der Fallzahl und der Behandlung von PatientInnen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung beobachtbar, die in einem kausalen Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystem stehen. Denn obwohl die durchgeführten statistischen Analysen auf

Veränderungen in einem oder mehreren Indikatoren hindeuten, sind diese entweder auf grundsätzliche Unterschiede in den beiden Vergleichsgruppen (Optionshäuser bzw. Nicht-Optionshäuser) zurückzuführen, die aber auch schon vor der Einführung von PEPP bestanden haben. Oder die Veränderungen markieren lediglich eine zeitliche Entwicklung, die ebenfalls gruppenunabhängig beobachtet wurde und damit nicht eindeutig dem PEPP-Entgeltsystem zuzurechnen war.

Auch wenn die Einführung des PEPP-Entgeltsystems bislang weder verpflichtend noch budgetwirksam war, zeigt sich, dass Krankenhäuser bereits im Vorfeld der verpflichtenden Einführung die Kodierung der entsprechenden Fälle sukzessive verbessern. So sind das Verhältnis der Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung und die Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen im Beobachtungszeitraum gefallen. Der Anteil der Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen ist hingegen deutlich angestiegen. Da dieser Anstieg in der Zahl der Nebendiagnosen wahrscheinlich nicht auf Änderungen in der Prävalenz von Begleiterkrankungen zurückgeht, liegt es nahe, dass der Anstieg auf eine Veränderung des Kodierverhaltens, d. h. auf eine ausführlichere Kodierung, zurückzuführen ist.

Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems zieht Veränderungen in den Strukturen von Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen nach sich. Diese schlagen sich in den Abrechnungsprozessen nieder, die sich u. a. auf den IT-Bereich (neue Soft- und ggf. Hardwaresysteme), die Personalausstattung (zusätzliche Mitarbeiter zur Abrechnung psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer stationärer Leistungen) und deren Schulung im Umgang mit den sich verändernden Abrechnungsregeln auswirken. Auf der Seite der Krankenkassen und der Krankenhäuser steigt durch die Einführung von PEPP der Aufwand durch Einzelfallprüfungen (Rechnungsprüfungen, Prüfung von als auffällig klassifizierten Fällen) und den damit einhergehenden Korrekturen und Klageverfahren.

Der erste Forschungszyklus umfasst einen Zeitraum, in dem stationäre psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen erste Erfahrungen mit der Abrechnung von PEPP-Fällen sammeln konnten. Die Ergebnisse suggerieren, dass vor allem technische und administrative Umstellungen während dieser Zeit im Fokus gestanden haben, während der Anpassungsdruck in anderen Bereichen durch die „schleichende“ Einführung sowie durch regulatorische Maßnahmen zur Abschwächung von Umstellungseffekten relativ gering ausfiel. Im kommenden, zweiten Forschungszyklus – dieser umfasst die Datenjahre bis einschließlich 2018 – wird ein Vergleich der Indikatoren aus den zeitlichen Abschnitten *vor* (Jahre 2011 und 2012) und *während* der freiwilligen Einführung (Jahre 2013 bis 2017) mit den Indikatoren aus dem ersten Jahr *nach* der verpflichtenden, budgetneutralen Einführung (Jahr 2018) im Zentrum der Analysestrategie stehen und voraussichtlich zu weiteren Erkenntnissen führen.

Literaturverzeichnis

[1] Daron Acemoglu und Amy Finkelstein. Input and technology choices in regulated industries: evidence from the health care sector. *Journal of Political Economy*, 116 (5):837–880, 2008.

[2] Angelo Barbato, Martine Vallarino, Filippo Rapisarda, Antonio Lora und José Miguel Caldas de Almeida. Access to mental health care in Europe, 2016.

[3] Pedro Barros und Gisele Braun. Upcoding in a national health service: the evidence from portugal. *Health Economics*, 26(5):600–618, 2017.

[4] Matthias Bäuml, Mathias Kifmann und Christian Kümpel. Entwicklung des Krankenhausmarktes. *Wirtschaftsdienst*, 96(12):932–934, 2016.

[5] Paolo Berta, Giuditta Callea, Gianmaria Martini und Giorgio Vittadini. The effects of upcoding, cream skimming and readmissions on the italian hospitals efficiency: a population-based investigation. *Economic Modelling*, 27(4):812–821, 2010.

[6] Henrike Bruns und Tanja Henking. Unterbringungen und Zwangsbehandlungen in Zahlen. In Tanja Henking und Jochen Vollmann, editors, *Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2015.

[7] Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen - Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2016.

[8] Statistisches Bundesamt. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung: Krankenhäuser, 2017. URL https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/GDKrankenhaeuserJahreOhne100000.html;jsessionid=34AE6992824958BA3410026BB52D16B2.InternetLive2.

[9] Bundesamt für Justiz. Betreuung, 2017. URL https://www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/Buergerdienste/Justizstatistik/Betreuung/Betreuung_node.html.

[10] Bundesamt für Justiz. Betreuungsverfahren - Zusammenstellung der Bundesergebnisse für die Jahre 1992 bis 2015, 2017. URL https://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Betreuungsverfahren.pdf?__blob=publicationFile&v=12.

[11] Bundesamt für Justiz. Zusammenstellung der Geschäftsübersichten der Amtsgerichte für die Jahre 1995 bis 2015, 2017. URL https://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Geschaeftsentwicklung_Amtsgerichte.pdf?__blob=publicationFile&v=12.

[12] Bundespsychotherapeutenkammer. BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement, 2015. URL https://www.bptk.de/uploads/media/20150305_bptk_au-studie_2015_psychische-erkrankungen_und_krankengeldmanagement.pdf.

[13] Bundestag. Drucksache 18/11619. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Corinna Rüffer, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 18/11259 - Die Ausübung von Zwang in psychiatrischen Einrichtungen, 2017.

[14] Jose Miguel Caldas und H Killaspy. Long-term mental health care for people with severe mental disorders, 2011.

[15] Grace M. Carter, Joseph P. Newhouse und Daniel A. Relles. How much change in the case mix index is drg creep? *Journal of Health Economics*, 9(4):411–428, 1990.

[16] Leighton Chan und Marcia Ciol. Medicare's payment system: its effect on discharges to skilled nursing facilities from rehabilitation hospitals. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81:715–719, 2000.

[17] David M. Cutler. The incidence of adverse medical outcomes under prospective payments. *Econometrica*, 63(1):29–50, 1995.

[18] Leemore S. Dafny. How do hospitals respond to price changes? *American Economic Review*, 95(5):1525–1547, 2005.

[19] Simone Dahrouge, William Hogg, Natalie Ward, Meltem Tuna, Rose Anne Devlin, Elizabeth Kristjansson, Peter Tugwell und Kevin Pottie. Delivery of primary health care to persons who are socio-economically disadvantaged: does the organizational delivery model matter? *BMC Health Services Research*, 13:517, 2013.

[20] Karen Davis, Stephen C. Schoenbaum und Anne-Marie Audet. A 2020 vision of patient-centered primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(10):953–957, 2005.

[21] Lois M. Davis, Kenneth B. Wells, William H. Rogers, Bernadette Benjamin, Grayson Norquist, Katherine L. Kahn, Jaqueline Kosecoff und Robert H. Brook. Effects of Medicare's prospective payment system on service use by depressed elderly inpatients. *Psychiatric Services*, 46(11):1178–1184, 1995.

[22] DIMDI. Wie wird mit der ICD-10-GM kodiert?, 2014. URL https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/anwendung/beispiel.htm.

[23] Justin B. Dimick und Andrew M. Ryan. Methods for Evaluating Changes in Health Care Policy: The Difference-in-Differences Approach. *JAMA*, 312(22):2401–2402, 2014.

[24] Deborah Dobrez, Allen W. Heinemann, Anne Deutsch, Larry Manheim und Trudy Mallinson. Impact of Medicare's prospective payment system for inpatient rehabilitation facilities on stroke patient outcomes. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 89:198–204, 2010.

[25] Avedis Donabedian. *Aspects of 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 und Bernard Fortin. Physician payment mechanisms, hospital length of stay and risk of readmission: evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics*, 36:112–124, 2014.

[28] Eurostat. Krankenhausbetten für psychiatrische Pflege. 2018. URL http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=tps00047&plugin=1.

[29] Wolfgang Gaebel, Hermann Spießl und Thomas Becker. *Routinedaten in der Psychiatrie: sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung*. Steinkopff-Verlag Heidelberg, 2009.

[30] Chen Gao, Fei Xu und Gordon G. Liu. Payment reform and changes in health care in China. *Social Science & Medicine*, 111:10–16, 2014.

[31] F. Godemann, I. Hauth, A. Richert und R. Berton. Merkmale einer regionalen Pflichtversorgung in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 3(86):367–372, 2015.

[32] Alan F. Greenwald und Leo H. Bartemeier. Psychiatric discharges against medical advice. *Archives of General Psychiatry*, 8(2):117–119, 1963.

[33] Dominic Hodgkin und Thomas G. McGuire. Payment levels and hospital response to prospective payment. *Journal of Health Economics*, 13(1):1–29, 1994. URL http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0167629694900027.

[34] Frédérique Hoffmann, Frank Andersohn, Klaus Giersiepen, Elke Scharnetzky und Edeltraut Garbe. Validierung von Sekundärdaten. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 51(10):1118–1126, 2008.

[35] Paul W. Holland. Statistics and Causal Inference. *Journal of the American Statistical Association*, 81(396):945–960, 1986.

[36] William C. Hsiao und Daniel L. Dunn. The impact of DRG payment on New Jersey hospitals. *Inquiry*, 24:212–220, 1987.

[37] Guido W Imbens und Jeffrey M Wooldridge. Recent Developments in the Econometrics of Program Evaluation. *Journal of Economic Literature*, 47(1):5–86, 2009.

[38] Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. *Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych)*. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Siegburg, 2017.

[39] Hendrik Juerges und Juliane Koeberlein. What explains drg upcoding in neonatology? the roles of financial incentives and infant health. *Journal of Health Economics*, 43: 13–26, 2015.

[40] Robert Koch-Institut. Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, 2015. URL https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile.

[41] Daniel Z. Louis, Elaine J. Yuen, Marta Braga, Americo Cicchetti, Carol Rabinowitz, Christine Laine und Joseph S. Gonnella. Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy. *Health Services Research*, 34:405–415, 1999.

[42] Kenneth G. Manton, Max A. Woodbury, James C. Vertrees und Patrick J. E. Stallard. Use of Medicare services before and after introduction of the prospective payment system. *Health Services Research*, 28:269–292, 1993.

[43] Michael Millman. *Access to Health Care in America.* The National Academies Press, Washington, DC, 1993.

[44] Elizabeth Muggah, William Hogg, Simone Dahrouge, Grant Russell, Elizabeth Kristjansson, Laura Muldoon und Rose Anne Devlin. Patient-reported access to primary care in Ontario: effect of organizational characteristics. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 60:e24–31, 2014.

[45] Anne Neumann, Enno Swart, Dennis Häckl, Roman Kliemt, Stefanie March, Denise Küster, Katrin Arnold, Thomas Petzold, Fabian Baum, Martin Seifert, Jessika Weiß, Andrea Pfennig und Jochen Schmitt. The influence of cross-sectoral treatment models on patients with mental disorders in germany: study protocol of a nationwide long-term evaluation study (eva64). *BMC Psychiatry*, 18(1):139, 2018.

[46] Edward C. Norton, Courtney Harold Van Houtven, Richard C. Lindrooth, Sharon-Lise T. Normand und Barbara Dickey. Does prospective payment reduce inpatient length of stay? *Health Economics*, 11(5):377–387, 2002.

[47] Kenneth P. Pages, Joan E. Russo, Dane K. Wingerson, Richard K. Ries, Peter P. Roy-Byrne und Deborah S. Cowley. Predictors and Outcome of Discharge Against Medical Advice From the Psychiatric Units of a General Hospital. *Psychiatric Services*, 49 (9):1187–1192, 1998.

[48] Xufeng Qian, Louise B. Russell, Elmira Valiyeva und Jane E. Miller. 'Quicker and sicker' under Medicare's prospective payment system for hospitals: new evidence on an old issue from a national longitudinal survey. *Bulletin of Economic Research*, 63: 1–27, 2011.

[49] Donald B Rubin. Estimating causal effects of treatments in randomized and nonrandomized studies. *Journal of Educational Psychology*, 66(5):688, 1974.

[50] Donald B Rubin. Causal Inference Using Potential Outcomes. *Journal of the American Statistical Association*, 100(469):322–331, 2005.

[51] Richard Saitz. Discharges against medical advice: Time to address the causes. *Canadian Medical Association Journal*, 167(6):647–648, 2002.

[52] H. J. Salize, A. Spengler und H. Dressing. *Routinedaten in der Dokumentation unfreiwilliger Unterbringungs-und Behandlungsmaßnahmen*, pages 7–16. Steinkopff, 2009.

[53] David S. Salkever, Donald M. Steinwachs und Agnes Rupp. Hospital Cost and Efficiency Under Per Service and Per Case Payment in Maryland: A Tale of the

Carrot and the Stick. *Inquiry*, 23(1):56–66, 1986. ISSN 0046-9580. URL http://www.jstor.org/stable/29771759.

[54] Richard M. Scheffler, Dolores G. Clement, Sophia Sullivan, Teh-Wei Hu und Heidi Y. Sung. The hospital response to Medicare's prospective payment system: an econometric model of Blue Cross and Blue Shield plans. *Medical Care*, 32:471–485, 1994.

[55] Rainer Schnell, Paul B Hill und Elke Esser. *Methoden der empirischen Sozialforschung*. R. Oldenbourg, 2008.

[56] Jonas Schreyögg, Matthias Bäuml, Jonas Krämer, Tilmann Dette, Reinhard Busse und Alexander Geissler. *Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG*. URL http://www.dkgev.de/media/file/17192.2014-07-10%20Anlage%20Forschungsbericht-zur-Mengenentwicklung%20FIN.pdf.

[57] Philipp Schuetz, Werner C. Albrich, Isabelle Suter, Balthasar L. Hug, Mirjam Christ-Crain, Thomas Holler, Christoph Henzen, Martin Krause, Ronald Schoenenberger, Werner Zimmerli und Beat Mueller. Quality of care delivered by fee-for-service and DRG hospitals in Switzerland in patients with community-acquired pneumonia. *Swiss Medical Weekly*, 141:13228, 2011.

[58] Lisbeth Serden, Rikard Lindqvist und Mans Rosen. Have DRG-based prospective payment systems influenced the number of secondary diagnoses in health care administrative data? *Health Policy*, 65(2):101–107, 2003.

[59] Elaine Silverman und Jonathan Skinner. Medicare upcoding and hospital ownership. *Journal of Health Economics*, 23(2):369–389, 2004.

[60] Dennis B. Smith und Robert Pickard. Evaluation of the impact of Medicare and Medicaid prospective payment on utilization of Philadelphia area hospitals. *Health Services Research*, 21:529–546, 1986.

[61] Neeraj Sood, Melinda Beeuwkes Buntin und José J. Escarce. Does how much and how you pay matter? Evidence from the inpatient rehabilitation care prospective payment system. *Journal of Health Economics*, 27(4):1046–1059, 2008.

[62] Leah S. Steele, Anna Durbin, Elizabeth Lin, J. Charles Victor, Julie Klein-Geltink, Richard H. Glazier, Brandon Zagorski und Alexander Kopp. Primary care reform and service use by people with serious mental illness in Ontario. *Healthcare Policy*, 10:31–45, 2014.

[63] Enno Swart, Peter Ihle, Holger Gothe und David Matusiewicz. *Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern, 2014.

[64] Ingeborg Warnke, Wulf Rossler, Carlos Nordt und Uwe Herwig. Assessing a financial incentive for reducing length of stay of psychiatric inpatients: implications for financing psychiatric services. *Swiss Medical Weekly*, 144:w13991, 2014.

[65] Kenneth B. Wells, William H. Rogers, Lianne M. Davis, Katherine L. Kahn, G. Norquist, Emmet B. Keeler, Jaqueline Kosecoff und Robert H. Brook. Quality of care for hospitalized depressed elderly patients before and after implementation of the Medicare prospective payment system. *The American Journal of Psychiatry*, 150: 1799–1805, 1993.

[66] Yu-Ping Wen und Shiow-Ying Wen. Do closed-system hospitals shift care under case payment? Early experiences comparing five surgeries in Taiwan. *Chang Gung medical journal*, 31:91–101, 2008.

[67] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018 Drucksache 19/3180, Deutscher Bundestag, 2018.

Anhang

A. Erhebung Primärdaten

A.1. Befragung stationärer Einrichtungen

A.1.1. Fragebogen

BQS
INSTITUT FÜR QUALITÄT
& PATIENTENSICHERHEIT

Begleitforschung Psychiatrie

Fragebogen

zur Krankenhausbefragung

zum 1. Forschungszyklus

0935144422

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Instruktion

Im Rahmen der Begleitforschung zu den Auswirkungen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Abs. 8 KHG wenden wir uns mit der Bitte an Sie, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen.

Bei dieser Befragung stellen wir Fragen zu unterschiedlichen Themen, die i.d.R. nur von Mitarbeitern unterschiedlicher Bereiche in Ihrem Krankenhaus beantwortet werden können. Der Fragebogen ist daher so angelegt, dass er geteilt werden kann, damit er von den unterschiedlichen betroffenen Stellen in Ihrem Haus bearbeitet werden kann. In der Grundstruktur gliedert er sich in Teil A (Verwaltung) und Teil B (patientennahe Bereiche).

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

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

Sollten Sie in Ihrer Einrichtung sowohl Erwachsenenpsychiatrische / psychosomatische als auch Kinder- und Jugendpsychiatrische Leistungen anbieten, so füllen Sie den Fragebogenteil B) bitte für beide Bereiche getrennt aus.

Der Fragebogen wird sowohl psychiatrischen Fachkliniken als auch somatischen Kliniken mit psychiatrischen Fachabteilungen vorgelegt. Die Fragen beziehen sich auf den Teil bzw. die Teile Ihrer Einrichtung, in der psychiatrische bzw. psychosomatische Leistungen erbracht werden. Allgemeine Fragen, die sich in jedem Fall auf die gesamte Klinik beziehen, verwenden die Formulierung „in Ihrem Haus“.

Die Fragen beziehen sich auf psychiatrische und psychosomatische Behandlungen ohne forensische Behandlungen. Sie sind nicht Gegenstand der Befragung.

Die Fragen beziehen sich an den meisten Stellen auf die Jahre 2013, 2014 und 2015. Tragen Sie bitte für jedes der drei Jahre Ihre Angaben ein.

Bei anzukreuzenden Antworten handelt es sich um Alternativangaben. Falls Mehrfachantworten möglich sind, wird darauf gesondert hingewiesen.

Auch wenn Ihre Einrichtung bis 2015 nicht optiert hat, sind Ihre Angaben für die Begleitforschung wichtig, um sie mit den Angaben der Optionshäuser vergleichen zu können.

Füllen Sie den Fragebogen bzw. den Ihnen vorgelegten Fragebogenteil bitte vollständig aus und übergeben ihn dann dem die Befragung in Ihrer Einrichtung koordinierenden Mitarbeiter.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte ebenfalls an den koordinierenden Mitarbeiter in Ihrer Einrichtung.

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

A Fragen an die Verwaltung

Basisfragen

1. Um welche Art von Einrichtung handelt es sich?

   ☐ Psychiatrische oder psychosomatische Klinik ☐ Psychiatrische oder psychosomatische Fachabteilung

2. Ist Ihr Haus Teil einer Unternehmensgruppe mit zentralen Diensten, z.B Finanzen, IT, Controlling? ☐ nein ☐ ja

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

   ☐ Allgemeine Psychiatrie ☐ Suchterkrankungen

   ☐ Gerontopsychiatrie ☐ Kinder- und Jugendpsychiatrie

   ☐ Psychosomatik/Psychotherapie ☐ sonstige: _____

4. Wird in Ihrem Haus eine psychiatrische Institutsambulanz (PIA) betrieben? ☐ nein ☐ ja

5. Nahmen Sie in den Jahren 2013-2015 an Modellprojekten teil? ☐ nein ☐ ja

   Wenn **ja**, an welchen? _____

	2013	2014	2015
6. Bettenanzahlen (laut Bettenplan)_____	___	___	___
6.1 davon im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie_	___	___	___
7. Anzahl vollstationärer Fälle pro Jahr_____	___	___	___
7.1 davon im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie_	___	___	___
8. Anzahl teilstationärer Fälle pro Jahr_____	___	___	___
9. Berechnungstage_____	___	___	___
9.1 davon im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie_	___	___	___
10. Summe der Bewertungsrelationen_____	___	___	___
10.1 davon im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie_	___	___	___
11. Regionaler Pflichtversorger_____	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

12. Altersdurchschnitt der Patienten (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie (Durchschnitt aus den § 21-Daten) ___ ___ ___

13. Ist Ihr Haus Teil einer Unternehmensgruppe mit zentralen Diensten, z.B Finanzen, IT, Controlling?__

☐ nein ☐ ja, 2014

☐ ja, 2013 ☐ ja, 2015

14. Sind Sie im Zeitraum von 2013 bis 2015 auf das neue Entgeltsystem PEPP umgestiegen?_____ ☐ nein ☐ ja

Wenn **ja**, ...

14.1 wann haben Sie die Vorbereitung auf den Umstieg auf das PEPP-Entgeltsystem gestartet? ___ Monat ___ Jahr

14.2 wann sind sie umgestiegen_____ ___ Monat ___ Jahr

15. In welchem Bundesland befindet sich Ihr Haus? _____

16. Wurde in Ihrem Haus ein QM-System eingeführt? (ISO, KTQ, …)_____ ☐ nein ☐ ja

16.1 Wenn **ja**, wann?_____ ___

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zur Personalausstattung und -qualifikation

Erläuterung:
Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems könnte für einzelne Einrichtungen oder Abteilungen mit Änderungen in der Personalausstattung und dem Qualifikationsprofil verbunden sein. Mit den nachfolgenden Fragen soll ermittelt werden, ob zwischen Kliniken, die umgestellt haben und denen, die nicht umgestellt haben Unterschiede zu beobachten sind.
(Angabe in Vollzeitäquivalenten/Vollkräften;
Mehrfachangaben möglich bei vorliegenden Mehrfachqualifikationen)

17. Wie viele Personen waren nach Berufsgruppen getrennt in Ihrer Einrichtung (Klinik bzw. Fachabteilung stationär, teilstationär, exklusive PIA) in den Jahren 2013-2015 beschäftigt?

	2013	2014	2015
17.1 Ärzte			
Wie viele davon waren ...			
17.1.1 Ärzte mit Facharztstatus?			
17.1.1.1 davon Facharzt Psychiatrie?			
17.1.1.2 davon mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation?			
17.1.2 Ärzte ohne Facharztstatus? (Ärzte in Weiterbildung)			
17.2 Diplom-Psychologen (ohne Kinder- und Jugendpsychotherapeuten)			
17.2.1 davon Psychologische Psychotherapeuten (Master oder Diplom)			
17.2.2 davon Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung			
17.2.3 davon Diplom-Psychologen ohne psychotherapeutische Zusatzausbildung			
17.3 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten			
17.3.1 davon Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Ausbildung			
17.4 Sozialpädagogen und äquivalente Studienabschlüsse			
17.5 Weitere Therapeuten (Ergo-, Kunst-, Musik-			
17.6 Sozialarbeiter			
17.7 Krankenpflegepersonal			
17.7.1 davon mit Weiterbildung psychiatrische Pflege?			
17.7.2 davon mit Weiterbildung Pflege bei Demenz?			

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

	2013	2014	2015
17.8 Verwaltungsmitarbeiter			
17.8.1 - davon Finanzen (u.a. kaufmännische Controlling, Finanzbuchhaltung, Patientenmanagement)			
17.8.2 - davon Personal			
17.8.3 - davon IT			
17.8.4 - davon Medizin-Controller			
18. Wurden in den Jahren 2013-2015 Mitarbeiter in den folgenden „neuen“ Berufsfeldern beschäftigt? Wenn ja, wie viele …			
18.1 - Kodierfachkräfte			
18.2 - MedizinischeDokumentare			
18.3 - Dokumentationsassistenten			
18.4 - StationssekretärInnen / StationsassistentInnen			
18.5 - Fallmanager inkl. Entlass- und Überleitungs-management (über den Sozialdienst hinaus)			
18.6 - Mitarbeiter Logistik / Materialwirtschaft / Service zur Entlastung der Pflege			

Wurden in den Jahren 2013-2015 Mitarbeiter in den <u>weiteren</u> „neuen“ Berufsfeldern beschäftigt? Wenn ja, in welchen Berufsfeldern und wie viele?	2013	2014	2015
18.7			

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zur Entwicklungen im Verwaltungsbereich

19. Wurden in Ihrem Haus in den Jahren 2013-2015 Bereiche outgesourced?
(Mehrfachnennungen möglich)

Wenn sonstige, welche?

_____

_____

- ☐ Essenversorgung
- ☐ Reinigung
- ☐ Haustechnik
- ☐ IT
- ☐ Controlling
- ☐ FiBu
- ☐ sonstige

20. Hat es in den Jahren 2013-2015 weitere wesentlicheEntwicklungen im nicht-medizinischen Bereich in Bezug auf die Abläufe und Steuerungsinstrumente gegeben?

(z.B. monatliches Berichtswesen mit Soll-Vorgaben,leistungsbezogene Vergütungssysteme, Kostenträgerrechnung, Bildung neuer Serviceeinheiten,...)

Wenn ja, dann bitten wir Sie, nachfolgend bis zu drei Veränderungen in Bezug auf die **Steuerungsinstrumente** zu benennen.

☐ nein ☐ ja

20.1.1 Bezeichnung der Veränderung: _____

20.1.2 In welchem Jahr wurde die Veränderung realisiert? in |_|_|_|_|

20.1.3 In welchem Bereich wurde die Veränderung realisiert? _____

20.1.4 Steht die Veränderung im Zusammenhang mit der Umstellung des Entgeltsystems? ☐ nein ☐ teils, teils ☐ ja

20.1.5 Wenn „teils, teils“ oder „ja“: Wenn möglich, bitte näher erläutern. _____

_____

20.2.1 Bezeichnung der Veränderung: _____

20.2.2 In welchem Jahr wurde die Veränderung realisiert? in |_|_|_|_|

20.2.3 In welchem Bereich wurde die Veränderung realisiert? _____

20.2.4 Steht die Veränderung im Zusammenhang mit der Umstellung des Entgeltsystems? ☐ nein ☐ teils, teils ☐ ja

20.2.5 Wenn „teils, teils“ oder „ja“: Wenn möglich, bitte näher erläutern. _____

_____

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

20.3.1 Bezeichnung der Veränderung: _____

20.3.2 In welchem Jahr wurde die Veränderung realisiert? in ☐☐☐☐

20.3.3 In welchem Bereich wurde die Veränderung realisiert? _____

20.3.4 Steht die Veränderung im Zusammenhang mit der Umstellung des Entgeltsystems? ☐ nein ☐ teils, teils ☐ ja

20.3.5 Wenn „teils, teils“ oder „ja“: Wenn möglich, bitte näher erläutern. _____

_____

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zu Investitionen

Erläuterung:
Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems könnte für einzelne Einrichtungen oder einzelne Abteilungen mit Änderungen bei der Investitionstätigkeit verbunden sein. Mit den nachfolgenden Fragen soll dieser Aspekt der Umstellung auf das PEPP-Entgeltsystem beleuchtet werden.

21. Welche Investitionen wurden in Ihrer Einrichtung in den Jahren 2013, 2014 und 2015 in folgenden Bereichen mit welchen Volumina getätigt? Bitte geben Sie die Beträge gerundet in tausend Euro an.

	2013	2014	2015
21.1 Gebäude	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)
21.1.1 Neubauten	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)
21.1.2 Um- und Erweiterungsbauten	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)
21.2 Medizintechnik	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)
21.3 IT-Software	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)
21.4 IT-Hardware	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)

21.5 sonstige Investitionen ☐ nein ☐ ja

21.6 Wenn **sonstige Investitionen**:
In welchem Bereich wurden weitere Investitionen vorgenommen? _____

	2013	2014	2015
21.7 In welchem Umfang wurde in diesem Bereich investiert? (Angaben in tausend Euro)	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)	___.___ € (Mio. TSD)

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

22. Falls Sie PEPP eingeführt haben:

In welchem Umfang wurden in den Jahren 2013, 2014 und 2015 Ausgaben für externe Dienstleistungen speziell für PEPP (in tausend Euro) getätigt?

	2013	2014	2015
22.1 Beratung vor der PEPP-Einführung _	___ € TSD	___ € TSD	___ € TSD
22.2 Beratung zur PEPP-Einführung ____	___ € TSD	___ € TSD	___ € TSD
22.3 Beratung für den laufenden Betrieb von PEPP_____	___ € TSD	___ € TSD	___ € TSD
22.4 Externe Kosten für Schulungen zur PEPP-Einführung_____	___ € TSD	___ € TSD	___ € TSD
22.5 Externe Kosten für regelmäßige Schulungen zum Betrieb des PEPP-Entgeltsystems_____	___ € TSD	___ € TSD	___ € TSD
22.6 weitere Dienstleistungen_____	☐ nein	☐ ja	

22.7 Wenn weitere Dienstleistungen: In welchem Bereich wurden weitere Investitionen vorgenommen? _____

22.8 In welchem Umfang wurde in diesem Bereich investiert? (Angaben in tausend Euro)___ ___.___ € Mio. TSD | ___.___ € Mio. TSD | ___.___ € Mio. TSD

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zur Personellen Ausstattung

Erläuterung:
Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems könnte für einzelne Einrichtungen oder Abteilungen mit Änderungen bei der Personalausstattung im Vergleich zum nach Psych-PV vereinbarten Personalbedarf verbunden sein. Mit den nachfolgenden Fragen soll dieser Aspekt der Umstellung auf das PEPP-Entgeltsystem betrachtet werden.

Abweichend von der sonstigen Abfragesystematik werden hier nur die Verhältnisse betrachtet, wie Sie vor bzw. zu Beginn der PEPP-Einführung (im Jahr 2013) und nach abgeschlossener PEPP-Einführung bestanden. Heute fragen wir nach dem Jahr 2013.

Wenn Ihnen für das Jahr 2013 keine exakten Zahlen vorliegen, dann tragen Sie bitte Schätzungen ein. Sollten Sie hierzu keine Angaben machen wollen, überspringen Sie den Bereich bitte und fahren bei den Fragen zur IT fort.

23. In wie weit waren die einzelnen Berufsgruppen in Ihrer Fachabteilung / Einrichtung entsprechend dem nach Psych-PV vereinbarter Personalbedarf **im Jahr 2013** besetzt?

	nach Psych-PV vereinbarter Personalbedarf in Vollzeitäquivalenten	besetzte Stellen (im Jahresdurchschnitt)
23.1 Ärzte _____	___	___
23.2 Krankenpflegepersonal _____	___	___
23.3 Diplom-Psychologen _____	___	___
23.4 Ergotherapeuten _____	___	___
23.5 Bewegungstherapeuten /Krankengymnasten / Physiotherapeuten _____	___	___
23.6 Sozialarbeiter / Sozialpädagogen _____	___	___
23.7 Sprachheiltherapeuten, Logopäden (KJP) _____	___	___

24. In wie weit waren die einzelnen Berufsgruppen in Ihrer Fachabteilung / Einrichtung entsprechend dem nach Psych-PV vereinbarten Personalbedarf **im Jahr 2013** ausfinanziert?

	in %
24.1 Ärzte _____	___
24.2 Krankenpflegepersonal _____	___
24.3 Diplom-Psychologen _____	___
24.4 Ergotherapeuten _____	___
24.5 Bewegungstherapeuten /Krankengymnasten / Physiotherapeuten _____	___
24.6 Sozialarbeiter / Sozialpädagogen _____	___
24.7 Sprachheiltherapeuten, Logopäden (KJP) _____	___

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zur IT-Ausstattung

Erläuterung:
Das PEPP-Entgeltsystem macht eine Umstellung der IT zur Abrechnung der behandelten Fälle erforderlich. Mit den folgenden Fragen sollen diese Aufwände transparent gemacht werden.
Bitte nur ausfüllen, wenn im Betrachtungszeitraum das PEPP-Entgeltsystem eingeführt wurde oder mit der Einführung begonnen wurde. Ansonsten bitte weiter auf der nächsten Seite.

25. Wie war in den Jahren 2013, 2014 und 2015 die IT-Infrastruktur in Ihrer psychiatrische Einrichtung für PEPP aufgestellt?

	2013	2014	2015
25.1 Anzahl PC-Arbeitsplätze_____	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐
25.2 Anzahl User (Benutzeraccounts) für den laufenden Betrieb_____	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐
25.3 Persistierender Speicher in **Terabyte** (1000 Gigabyte = 1 Terabyte)_____	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐
25.4 Anzahl der betriebenen Serversysteme im Bereich Psych_____	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐

26. Welche Software wurde in den Jahren 2013, 2014 und 2015 in Ihrer psychiatrischen Einrichtung für PEPP betrieben?

	2013	2014	2015
26.1 KIS-System_____	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
26.2 elektronische Patientenakte_____	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
26.3 PEPP-Grouper_____	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
26.4 Kodiersoftware_____	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
26.5 Anzahl weiterer PEPP-Applikationen_____	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zu den MDK-Prüfungen

Erläuterung:
Das PEPP-Entgeltsystem bietet durch die differenzierte Dokumentation der behandelten Fälle mehr Möglichkeiten zur Überprüfung an als die Abrechnung mit tagesgleichen Pflegesätzen. Mit den nachfolgenden Fragen soll das MDK-Prüfungsgeschehen für beide Vergütungssysteme getrennt erfasst werden.
Wenn Ihr System keine differenzierten Angaben ausgibt, dann geben Sie bitte Schätzungen an.

27. Wie viele nach dem PEPP-Entgeltsystem abgerechnete Fälle gab es in den Jahren 2013, 2014 und 2015 insgesamt und wie viele davon wurden einer Einzelfallprüfung durch den MDK unterzogen?
(Fälle nach Aufnahmedatum den Jahren zuordnen)

	2013	2014	2015
27.1 Anzahl mit PEPP abgerechneter Fälle insgesamt_____	___	___	___
27.1.1 davon mit Einzelfallprüfung_____	___	___	___
27.1.1.1 davon mit Korrektur der Bewertungsrelationen	___	___	___
27.1.1.2 davon mit Korrektur der Verweildauer inkl. primäre Fehlbelegung_____	___	___	___
27.1.1.3 davon mit Streichung von Zusatzentgelten_____	___	___	___
27.1.1.4 davon mit Streichung ergänzender Tagesentgelte	___	___	___
27.1.2 davon mit Einzelfallprüfung_____	___	___	___
27.1.3 davon mit Einzelfallprüfung_____	___	___	___

28. Wie viele nach tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnete Fälle gab es in den Jahren 2013, 2014 und 2015 insgesamt und wie viele davon wurden einer Einzelfallprüfung durch den MDK unterzogen?

	2013	2014	2015
Anzahl mit PEPP abgerechneter Fälle insgesamt_____	___	___	___
28.1 davon mit Einzelfallprüfung_____	___	___	___
27.1.1 davon mit Korrektur der Verweildauer_____	___	___	___
28.2 davon mit Einzelfallprüfung_____	___	___	___
28.3 davon mit Einzelfallprüfung_____	___	___	___

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Abschlussfragen zum Teil A

29. Welche Aspekte des PEPP-Entgeltsystems sahen Sie im Verwaltungsbereich in dem Zeitraum von 2013-2015 als problematisch an?

30. Welche Aspekte des PEPP-Entgeltsystems sahen Sie im Verwaltungsbereich in dem Zeitraum von 2013-2015 als vorteilhaft für Ihre Einrichtung an?

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

B) Fragen an den patientennahen Bereich

Bitte kreuzen Sie an, für welchen Bereich Sie den Bogen B) ausfüllen. **Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der Bogen B) bitte gesondert auszufüllen**

- ☐ Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik
- ☐ Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ☐ Trifft nicht zu

Die Teilung des Bogens wird erst am Ende der Erstellung vorgenommen um nicht dreifach nachpflegen zu müssen.

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zum Leistungsspektrum

Erläuterung:
Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems könnte u.a. zu Veränderungen im Behandlungsangebot geführt haben. Daher werden mit den folgenden Fragen ggf. erfolgte Änderungen im Behandlungsangebot Ihrer Einrichtung oder Abteilung abgefragt.

Neue Einzeltherapien / neue Schwerpunkte

	2013	2014	2015
31. Haben Sie im Zeitraum von 2013-2015 neue einzeltherapeutische Verfahren / neue Schwerpunkte eingeführt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

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

31.1.1 Name des neuen Verfahrens / Schwerpunktes _____

31.1.2 Kurze Beschreibung des Verfahrens /Schwerpunktes _____

_____

31.1.3 Wann wurde es eingeführt? _____ |_|_|_|_|

31.1.4 Anzahl damit behandelter Fälle pro Jahr _____ |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

31.1.5 Wurden dafür andere Verfahren / Schwerpunkte eingestellt / reduziert? _____ ☐ nein ☐ reduziert ☐ eingestellt

---

31.2.1 Name des neuen Verfahrens / Schwerpunktes _____

31.2.2 Kurze Beschreibung des Verfahrens / Schwerpunktes _____

_____

31.2.3 Wann wurde es eingeführt? _____ |_|_|_|_|

31.2.4 Anzahl damit behandelter Fälle pro Jahr _____ |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

31.2.5 Wurden dafür andere Verfahren / Schwerpunkte eingestellt / reduziert? _____ ☐ nein ☐ reduziert ☐ eingestellt

---

31.3.1 Name des neuen Verfahrens / Schwerpunktes _____

31.3.2 Kurze Beschreibung des Verfahrens / Schwerpunktes _____

_____

31.3.3 Wann wurde es eingeführt? _____ |_|_|_|_|

31.3.4 Anzahl damit behandelter Fälle pro Jahr _____ |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

31.3.5 Wurden dafür andere Verfahren / Schwerpunkte eingestellt / reduziert? _____ ☐ nein ☐ reduziert ☐ eingestellt

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Neue Gruppentherapie

	2013	2014	2015
32. Haben Sie im Zeitraum von 2013-2015 neue gruppentherapeutische Verfahren eingeführt? (z.B. tiergestützte Therapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, ...)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wenn ja:			
32.1 Anzahl neuer gruppentherapeutischer Verfahren_____	___	___	___

Bitte beantworten Sie zudem die folgenden drei Fragenblöcke zu den drei am häufigsten durchgeführten neuen gruppentherapeutischen Verfahren.

32.1.1 Name des neuen gruppentherapeutischen Verfahrens _____

32.1.2 Kurze Beschreibung des eingestellten/reduzierten Verfahrens _____

_____

32.1.3 Wann haben Sie das neue Verfahren eingeführt?___ ____

32.1.4 Anzahl damit behandelter Fälle pro Jahr_____ ___ ___ ___

32.1.5 Wurden dafür andere Verfahren / Schwerpunkte eingestellt / reduziert?_____ ☐ nein ☐ reduziert ☐ eingestellt

---

32.2.1 Name des neuen gruppentherapeutischen Verfahrens _____

32.2.2 Kurze Beschreibung des eingestellten/reduzierten Verfahrens _____

_____

32.2.3 Wann haben Sie das neue Verfahren eingeführt?___ ____

32.2.4 Anzahl damit behandelter Fälle pro Jahr_____ ___ ___ ___

32.2.5 Wurden dafür andere Verfahren / Schwerpunkte eingestellt / reduziert?_____ ☐ nein ☐ reduziert ☐ eingestellt

---

32.3.1 Name des neuen gruppentherapeutischen Verfahrens _____

32.3.2 Kurze Beschreibung des eingestellten/reduzierten Verfahrens _____

_____

32.3.3 Wann haben Sie das neue Verfahren eingeführt?___ ____

32.3.4 Anzahl damit behandelter Fälle pro Jahr_____ ___ ___ ___

32.3.5 Wurden dafür andere Verfahren / Schwerpunkte eingestellt / reduziert?_____ ☐ nein ☐ reduziert ☐ eingestellt

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zu den klinischen Abläufen

Erläuterung:
Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems könnte u.a. zu Veränderungen in den Krankenhausprozessen und –leistungen geführt haben. Daher werden mit den folgenden Fragen Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Behandlungsprozesse auf ihren Umsetzungsgrad abgefragt. Um den Aspekt der zeitlichen Entwicklung zu berücksichtigen, wird pro Betrachtungsjahr eine Einschätzung abgefragt.

Bitte bewerten Sie folgende Abläufe
☹ =nie; 😐 =gelegentlich; ☺ =immer

	2013			2014			2015		
	☹	😐	☺	☹	😐	☺	☹	😐	☺
33. Gibt es einen schriftlich dokumentierten Aufnahmeprozess?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. Wird der Aufnahmeprozess wie beschrieben umgesetzt?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Durchläufen die Patienten eine diagnostischeAufnahme?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Erhält jeder Patient einen Behandlungsplan?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37. Werden Patienten nach dafür definierten klinischenPfaden behandelt?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37.1 Wenn ja: Für welche Diagnosen? _____									
	☹	😐	☺	☹	😐	☺	☹	😐	☺
38. Erfolgt eine Pfaddokumentation im Krankenhausinformationssystem (KIS)?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39. Gibt es eine digitale Patientenakte?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. Werden Fallmanager eingesetzt?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
41. Finden Fallkonferenzen statt?_____-____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
42. Werden diese dokumentiert?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43. Finden regelmäßige Teamsitzungen statt?___	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44. Werden diese immer dokumentiert?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45. Gib es strukturierte Verlaufskontrollen?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
46. Wird Bedarf an Patientensupervision systematisch erhoben?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47. Wird dieser Bedarf durch ausgebildete Supervisoren gedeckt?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

	2013			2014			2015		
	☹	😐	☺	☹	😐	☺	☹	😐	☺
48. Werden Patienten bei Bedarf durch Teams von psychiatrischen und somatischen Ärzten (auch konsiliarisch) versorgt?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
49. Sind die organisatorischen Abläufe dokumentiert?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
49.1 Wird danach gehandelt?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
50. Ist die Weiterbehandlung der Patienten organisiert? (z.B. weiterbehandelnde Fachärzte und Pychotherapeuten, Sicherstellen der Medikamentenversorgung)_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
51. Werden Folgetermine mit Patienten bei Bedarf systematisch vereinbart?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
52. Wird bei jedem Patienten eine Entlasscheckliste / Entlassleitfaden angewendet?_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zur Patient-Therapeut Beziehung und zur Ergebnisqualität

Bitte bewerten Sie folgende Aussagen.
=verbessert =leicht verbessert =unverändert = leicht verschlechtert =verschlechtert

	2013	2014	2015
53. Hat sich die Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten gegenüber dem Vorjahr verändert?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

53.1 Bei Veränderungen: Können Sie Gründe angeben, die zu der Veränderung geführt haben?

_____

_____

	2013	2014	2015
54. Hat sich der Behandlungserfolg bei den in Ihrer Einrichtung behandelten Patienten grundsätzlich verändert?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

54.1 Bei Veränderungen: Können Sie Gründe angeben, die zu der Veränderung geführt haben?

_____

_____

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zum Entlassmanagement:

	2013	2014	2015
55. Haben Sie in den Jahren 2013, 2014 und 2015 Entlassmanagement nach §39 SGB V durchgeführt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wenn ja: Für wie vielen Patienten haben Sie in diesen Jahren folgende Leistungen bei Entlassung organisiert?_____	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐
55.1 Stationäre Anschlussheilbehandlung_____	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐
55.2 Ambulante Versorgungsformen_____	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐
55.3 Überleitungspflege_____	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐
55.4 unterstützte Beschäftigung bei Entlassung_____	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐
55.5 Andere_____	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐

	2013	2014	2015
56. In welchem Ausmaß hat sich der Aufwand der Mitarbeiter im medizinisch-pflegerischen Bereich durch das PEPP Entgeltsystem insgesamt verändert (alle Berufsgruppen)? (Schätzung der Änderung des Aufwandes in Std. pro Fall; Abnahme = "-" Zunahme = "+")	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐
Wenn es Ihnen möglich ist, dann geben Sie Ihre Schätzungen bitte auch getrennt nach Berufsgruppen an:			
56.1 Ärzte_____	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐
56.2 Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten, Diplom-Psychologenvereinbart?	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐
56.3 weitere Therapeuten_____	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐
56.4 Pflegepersonal_____	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐
56.5 Sozialdienste_____	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐	☐☐☐ ☐ - + ☐

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

Fragen zum Versorgungsumfeld

Erläuterung:
Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems könnte u.a. zu Veränderungen in der Vernetzung und/oder Kooperation mit unterschiedlichen Leistungserbringern im Versorgungsumfeld geführt haben und werden im Folgenden hinterfragt:

57. Gibt es einen Gemeindepsychiatrischen Verbund in der Region?_____ ☐ nein ☐ ja

57.1 **Wenn ja**, seit wann?_____ |_|_|_|_|

57.2 **Wenn ja**, welche Bedeutung hat dieser für die psychiatrische Versorgung Ihrer Patienten in der Region?_____ ☐ wesentlich ☐ mittelmäßig ☐ kaum ☐ keine

58. Haben sich im Zeitraum 2013-2015 wesentliche neue Netzwerke gebildet oder bestehende Netzwerke wesentlich verändert?_____ ☐ nein ☐ ja

Wenn ja: Benennen Sie bitte in den folgenden Frageblöcken beispielhaft 1-3 Stück und beschreiben Sie diese.

58.1.1 Bezeichnung: _____

58.1.2 In welchem Jahr wurde die Veränderung realisiert? |_|_|_|_|

58.1.3 Kurze Beschreibung der Veränderung _____

_____

58.1.4 Relevanz für die Versorgung Ihrer Patienten____ ☐ wesentlich ☐ mittelmäßig ☐ kaum ☐ keine

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

58.2.1 Bezeichnung _____

58.2.2 In welchem Jahr wurde die Veränderung realisiert? |__|__|__|__|

58.2.3 Kurze Beschreibung der Veränderung _____

_____

58.2.4 Relevanz für die Versorgung Ihrer Patienten_____

☐ wesentlich ☐ mittelmäßig

☐ kaum ☐ keine

58.3.1 Bezeichnung _____

58.3.2 In welchem Jahr wurde die Veränderung realisiert? |__|__|__|__|

58.3.3 Kurze Beschreibung der Veränderung _____

_____

58.3.4 Relevanz für die Versorgung Ihrer Patienten_____

☐ wesentlich ☐ mittelmäßig

☐ kaum ☐ keine

Abschlussfragen zum Teil B

59. Welche Aspekte des PEPP-Entgeltsystems sahen Sie im patientennahen Bereich in dem Zeitraum von 2013-2015 als problematisch an?

_____

_____

_____

_____

60. Welche Aspekte des PEPP-Entgeltsystems sahen Sie im patientennahen Bereich in dem Zeitraum von 2013-2015 als vorteilhaft für Ihre Einrichtung an?

_____

_____

_____

_____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 14442

A.1.2. Beschreibung der Stichprobe

Tabelle A.1.: Bettenzahlen (laut Bettenplan)

	2013	2014	2015	MW
insgesamt (n = 74)	164	170	171	168
davon KJP (n = 26)	45,5	46,6	47,0	46,3
KJP (in Prozent)	27,7	27,5	27,4	27,5
Klinik (n = 41)	198	204	206	203
davon KJP (n = 14)	52,6	53,9	54,6	54
KJP (in Prozent)	26,6	26,4	26,5	26,5
Fachabt. (n = 31)	113	117	118	116
davon KJP (n = 11)	36,9	37,8	37,8	38
KJP (in Prozent)	32,7	32,4	32,1	32,4

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle A.2.: Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze

	2013	2014	2015	MW
insgesamt (n = 68)	46,8	49,5	50,2	48,8
davon KJP (n = 26)	20,5	21,8	21,9	21,4
KJP (in Prozent)	43,9	44,2	43,6	43,9

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle A.3.: Anzahl vollstationärer Fälle

	2013	2014	2015	MW
insgesamt (n = 73)	2 346	2 349	2 382	2 359
davon KJP (n = 26)	403	410	422	411
KJP (in Prozent)	17,2	17,4	17,7	17,4

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle A.4.: Anzahl teilstationärer Fälle

	2013	2014	2015	MW
insgesamt (n = 68)	470	471	493	478
davon KJP (n = 27)	158	142	212	171
KJP (in Prozent)	33,7	30,1	42,9	35,7

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle A.5.: Anzahl Berechnungstage

	2013	2014	2015	MW
insgesamt (n = 71)	67 369	66 691	67 541	67 200
davon KJP (n = 26)	18 803	19 169	19 296	19 089
KJP (in Prozent)	27,9	28,7	28,6	28,4

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

A.2. Befragung der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen

A.2.1. Fragebogen

BQS
INSTITUT FÜR QUALITÄT
& PATIENTENSICHERHEIT

PEPP-Begleitforschung

Fragebogen

zur Befragung der GKV

zum 1. Forschungszyklus

Stand: 09.03.2017

Fragen zur Integrierten Versorgung (93)

	Wie viele Patienten waren in den Jahren 2013, 2014 und 2015 in Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140b Abs. 1 Nr. 2 SGB V mit Bezug zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung eingeschrieben?	2013	2014	2015
	Anzahl Patienten in IV-Verträgen getrennt für folgende Leistungsinhalte			
	Demenz und andere organische Störungen (F00-F09)			
	Störungen durch Alkohol (F10)			
	Störungen durch sonstige psychotrope Substanzen (F11-F19)			
	Schizophrenie (F20)			
	Schizotype und wahrhafte Störungen (F20-F29)			
	Bipolare affektive Störungen (F30-F31)			
	Depressive Störungen (F32-F34)			
	Angst- und Zwangsstörungen (F40-F42)			
	Anpassungsstörungen (F43)			
	Somatoforme Störungen (F45)			
	Essstörungen (F50)			
	Persönlichkeitsstörungen (F60-F69)			

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Tabelle A.6.: Verteilung der teilnehmenden Einrichtungen

Bundesland	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kum. Häufigkeiten	Kum. Prozente
Nordrhein-Westfalen	21	28,4	28,4	21	28,4
Rheinland-Pfalz	11	14,9	14,9	32	43,2
Bayern	7	9,5	9,5	39	52,7
Niedersachsen	7	9,5	9,5	46	62,2
Hessen	6	8,1	8,1	52	70,3
Baden-Württemberg	5	6,8	6,8	57	77,0
Sachsen	5	6,8	6,8	62	83,8
Berlin	4	5,4	5,4	66	89,2
Brandenburg	3	4,1	4,1	69	93,2
Saarland	2	2,7	2,7	71	95,9
Thüringen	2	2,7	2,7	73	98,6
Sachsen-Anhalt	1	1,4	1,4	74	100,0
Gesamtsumme	74	100,0	100,0	.	.

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

A.3. Befragung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung

A.3.1. Fragebogen

BQS
INSTITUT FÜR QUALITÄT
& PATIENTENSICHERHEIT

Begleitforschung Psychiatrie

Fragebogen

zur Befragung der
Medizinischen Dienste der Krankenversicherung
(MDK)

zum 1. Forschungszyklus

Stand: 24.10.2017

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 47615

Fragen zu den Fallprüfungen

Bezogen auf voll- und teilstationäre Fälle aus Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die mit tagesgleichen / teilstationären Pflegesätzen abgerechnet wurden

Wie viele Fälle, die mit tagesgleichen / teilstationären Pflegesätzen abgerechnet wurden, wurden in den Jahren 2013, 2014 und 2015 einer sozialmedizinischen Fallberatung unterzogen?

	2013	2014	2015
1. Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen insgesamt			
Sofern möglich, präzisieren Sie bitte die Anzahl:			
1.1 fallabschließend			
1.2 fallsteuernd			

Wie viele Begutachtungen (Gutachten / Kurzgutachten) wurden in den Jahren 2013, 2014 und 2015 durchgeführt, die sich auf Fälle bezogen, die mit tagesgleichen / teilstationären Pflegesätzen abgerechnet wurden?

	2013	2014	2015
2. Anzahl Begutachtungen (Gutachten / Kurzgutachten) insgesamt (Fehlbelegungsprüfung nach § 275 SGB V i.V.m. § 39 SGB V)			
Sofern möglich, präzisieren Sie bitte die Anzahl nach Prüfauftrag:			
2.1 primäre Fehlbelegung			
2.2 sekundäre Fehlbelegung			
2.3 primäre und sekundäre Fehlbelegung			
2.4 sonstige (z.B. Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?)			
2.5 davon insgesamt im Inhouse-Verfahren durchgeführt			

(Hinweis: Summe aus 2.1 bis 2.5 kann größer sein als 2.)

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 47615

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

	2013	2014	2015
3. Anzahl Widerspruchsaufträge insgesamt_____			
Sofern möglich, präzisieren Sie bitte die Anzahl nach Prüfauftrag:			
3.1 primäre Fehlbelegung_____			
3.2 sekundäre Fehlbelegung_____			
3.3 primäre und sekundäre Fehlbelegung_____			
3.4 sonstige (z.B. Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugend-psychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?)_			

(Hinweis: Summe aus 3.1 bis 3.4 kann größer sein als 3.)

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

	2013	2014	2015
4. Anzahl Widerspruchsaufträge mit Änderung der Erstbewertung insgesamt_____			
Sofern möglich, präzisieren Sie bitte die Anzahl nach Prüfauftrag:			
4.1 primäre Fehlbelegung_____			
4.2 sekundäre Fehlbelegung_____			
4.3 primäre und sekundäre Fehlbelegung_____			
4.4 sonstige (z.B. Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugend-psychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?)_			

(Hinweis: Summe aus 4.1 bis 4.4 kann größer sein als 4.)

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 47615

Fragen zu den Fallprüfungen

Bezogen auf voll- und teilstationäre Fälle, die nach PEPP abgerechnet wurden

Wie viele Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden, wurden in den Jahren 2013, 2014 und 2015 einer sozialmedizinischen Fallberatung unterzogen?

	2013	2014	2015
5. Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen insgesamt			
Sofern möglich, präzisieren Sie bitte die Anzahl:			
5.1 fallabschließend			
5.2 fallsteuernd			

Wie viele Begutachtungen (Gutachten / Kurzgutachten) wurden in den Jahren 2013, 2014 und 2015 durchgeführt, die sich auf Fälle bezogen, die mit PEPP abgerechnet wurden?

	2013	2014	2015
6. Anzahl Begutachtungen insgesamt (Fehlbelegungs- und Abrechnungsprüfung nach § 275 SGB V i.V.m. § 39 SGBV)			
Sofern möglich, präzisieren Sie bitte die Anzahlen nach Prüfauftrag:			
6.1 Fehlbelegungsprüfung			
6.1.1 primäre Fehlbelegung			
6.1.2 sekundäre Fehlbelegung			
6.1.3 primäre und sekundäre Fehlbelegung			
6.2 Abrechnungsprüfung			
6.2.1 Hauptdiagnose			
6.2.2 Nebendiagnosen			
6.2.3 Prozeduren			
6.2.4 Zusatzentgelte			
6.2.5 Ergänzende Tagesentgelte			
6.3 sonstige (z.B. Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?)			
6.4 davon insgesamt im Inhouse-Verfahren durchgeführt			

(Hinweis: Summe aus 6.1 bis 6.4 kann größer sein als 6.)

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 47615

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

	2013	2014	2015
7. Anzahl Widerspruchsaufträge insgesamt			
Sofern möglich, präzisieren Sie bitte die Anzahl nach Prüfauftrag:			
7.1 Fehlbelegungsprüfung			
7.1.1 primäre Fehlbelegung			
7.1.2 sekundäre Fehlbelegung			
7.1.3 primäre und sekundäre Fehlbelegung			
7.2 Abrechnungsprüfung			
7.2.1 Hauptdiagnose			
7.2.2 Nebendiagnosen			
7.2.3 Prozeduren			
7.2.4 Zusatzentgelte			
7.2.5 Ergänzende Tagesentgelte			
7.3 sonstige (z.B. Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?)			

(Hinweis: Summe aus 7.1 bis 7.3 kann größer sein als 7.)

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 47615

Wie viele der unter 7. genannten Widerspruchsaufträge führten zu einer Änderung der Erstbewertung?	2013	2014	2015
8. Anzahl Widerspruchsaufträge mit Änderung der Erstbewertung insgesamt			
Sofern möglich, präzisieren Sie bitte die Anzahl nach Prüfauftrag:			
8.1 Fehlbelegungsprüfung			
8.1.1 primäre Fehlbelegung			
8.1.2 sekundäre Fehlbelegung			
8.1.3 primäre und sekundäre Fehlbelegung			
8.2 Abrechnungsprüfung			
8.2.1 Hauptdiagnose			
8.2.2 Nebendiagnosen			
8.2.3 Prozeduren			
8.2.4 Zusatzentgelte			
8.2.5 Ergänzende Tagesentgelte			
8.3 sonstige (z.B. Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?)			

(Hinweis: Summe aus 8.1 bis 8.3 kann größer sein als 8.)

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 47615

Fragen zur Personalausstattung

Wie hoch war der Personaleinsatz in den Jahren 2013, 2014 und 2015 für in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erbrachte voll- und teilstationäre Leistungen?
(Angabe in Vollzeitäquivalenten* im Jahresdurchschnitt)

	2013	2014	2015
9. Anzahl Mitarbeiter insgesamt_____	___,__	___,__	___,__
Anzahl Mitarbeiter folgender Dienstarten:			
9.1 ärztlicher Dienst_____	___,__	___,__	___,__
9.2 Dokumentationskräfte (Kodierfachkräfte, med. Dokumentare, Dokumentations-assistentInnen)_____	___,__	___,__	___,__
9.3 Verwaltung_____	___,__	___,__	___,__

Wenn Sie die unter 9. gemachten Angaben nach Abrechnung mit tagesgleichen Pflegesätzen (TGPS) und PEPP-Entgeltsystem differenzieren können, dann geben Sie sie bitte hier ein:
(Angabe in Vollzeitäquivalenten* im Jahresdurchschnitt)

	2013	2014	2015
Personaleinsatz für Abrechnungen mit tagesgleichen Pflegesätzen (TGPS)	TGPS	TGPS	TGPS
10. Anzahl Mitarbeiter insgesamt_____	___,__	___,__	___,__
Anzahl Mitarbeiter folgender Dienstarten:			
10.1 ärztlicher Dienst_____	___,__	___,__	___,__
10.2 Dokumentationskräfte (Kodierfachkräfte, med. Dokumentare, Dokumentations-assistentInnen)_____	___,__	___,__	___,__
10.3 Verwaltung_____	___,__	___,__	___,__

Personaleinsatz für Abrechnungen mit PEPP	PEPP	PEPP	PEPP
11. Anzahl Mitarbeiter insgesamt_____	___,__	___,__	___,__
Anzahl Mitarbeiter folgender Dienstarten:			
11.1 ärztlicher Dienst_____	___,__	___,__	___,__
11.2 Dokumentationskräfte (Kodierfachkräfte, med. Dokumentare, Dokumentations-assistentInnen)_____	___,__	___,__	___,__
11.3 Verwaltung_____	___,__	___,__	___,__

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

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 47615

Abschlussfragen

12. Welche Aspekte des PEPP-Entgeltsystems sahen Sie in dem Zeitraum von 2013-2015 als problematisch an?

13. Welche Aspekte des PEPP-Entgeltsystems sahen Sie in dem Zeitraum von 2013-2015 als vorteilhaft an?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

© 2017 BQS
PAPERFORM-PRINT 47615

B. Veränderung des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

B.1. Systematische Literaturübersicht

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

Versorgungs-kontext	**Intervention**	**Forschungs-design**	**Zugang**
hospital	marginal reimbursement	observational	access
inpatient	lump sum	interventional	availability
health care	flat rate	experimental	appointment
	fixed rate	natural experiment	waiting time
	capitation	program evaluation	travel distance
	per diem	before-after	density
	prospective payment	control	capacity
	PPS	control group	cream-skim
	DRG	longitudinal	
	patient classification	case-control	
	diagnosis related groups	cross-section	

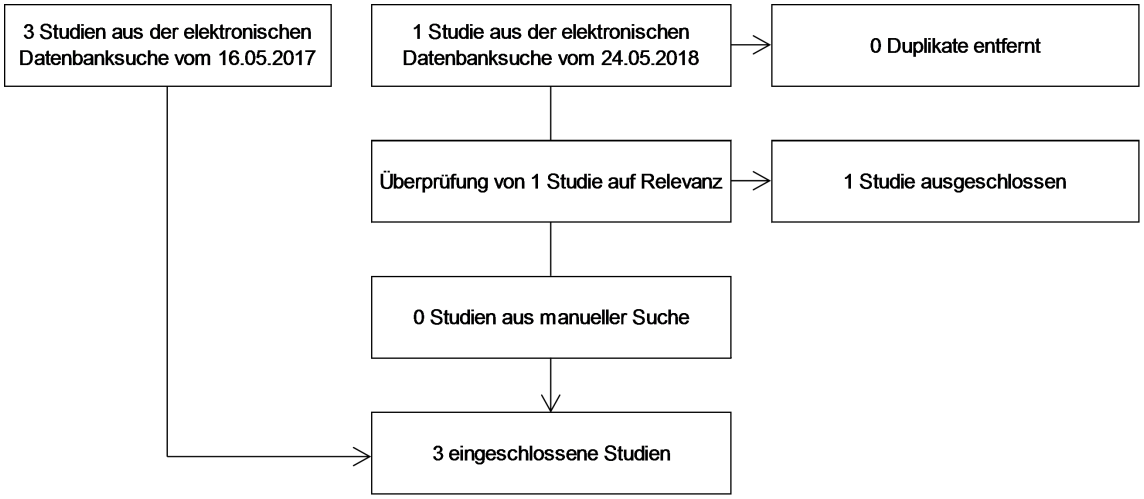


Abbildung B.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen des Zugangs zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

B.2. Tabellarische Darstellungen

Tabelle B.2.: Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)

Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)	
2011	284.613
2012	290.052
2013	296.459
2014	294.923
2015	292.898
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	291.789
Minimum	284.613
Maximum	296.459

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

Tabelle B.3.: Anteil der vollstationären Fälle außerhalb des regionalen Pflichtversorgungsbereiches

Anteil der vollstationären Fälle mit Wohnsitz außerhalb des regionalen Pflichtversorgungsbereiches (in Prozent)	
2011	39,4
2012	39,5
2013	38,7
2014	38,9
2015	38,6
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	39,0
Minimum	38,6
Maximum	39,5

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

Tabelle B.4.: Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)

Anzahl Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit (vollstationär)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankehäusern mit TGPS-Abrechnung	-11.872	182	-65,26	0,0000
Genereller Unterschied zw. Jahre 2011-2012 und Jahre 2013-2015	441	166	2,66	0,0091
Spezieller Effekt von Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-173	235	-0,74	0,4633
Beobachtungszahl	120			
Adj. R-Quadrat	0,9894			

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

Tabelle B.5.: Anteil Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit an alle Fällen (vollstationär; in Prozent)

Anteil Fälle außerhalb der Kernarbeitszeit an allen Fällen (vollstationär; in Prozent)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	-5,43	0,3	-18,34	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2015	-0,16	0,27	-0,59	0,5534
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	0,11	0,38	0,30	0,7671
Beobachtungszahl 120				
Adj. R-Quadrat 0,8899				

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

Tabelle B.6.: Anzahl der Krankenhäuser mit mehr als 50 Fällen

Anzahl Krankenhäuser mit mehr als 50 Fällen	
2011	576
2012	577
2013	579
2014	587
2015	587
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	581
Minimum	576
Maximum	587

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

Tabelle B.7.: Anzahl aufgestellter Betten

	Anzahl aufgestellter Betten
2011	67.942
2012	68.869
2013	70.053
2014	71.215
2015	72.037
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	70.023
Minimum	67.942
Maximum	72.037

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

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

	Anteil nicht in nächstgelegenem Krankenhaus aufgenommener Fälle an allen Fällen (in Prozent)
2011	38,55
2012	38,83
2013	38,18
2014	37,85
2015	37,94
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	38,27
Minimum	37,85
Maximum	38,83

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

Tabelle B.9.: Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke)

Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke)	
2011	31,1
2012	31,5
2013	32,8
2014	33,4
2015	34,1
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	32,6
Minimum	31,1
Maximum	34,1

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

Tabelle B.10.: Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke)

Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	-3,48	0,34	-10,31	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2015	2,53	0,31	8,22	0,0000
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-1,08	0,44	-2,47	0,0150
Beobachtungszahl	120			
Adj. R-Quadrat	0,7984			

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

Tabelle B.11.: Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke; nur Strecken < 50 km)

Mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort (in km; kürzeste Fahrtstrecke; nur Strecken < 50km)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	-1,02	0,13	-7,79	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2015	-0,63	0,12	-5,23	0,0000
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	0,56	0,17	3,32	0,0012
Beobachtungszahl 120				
Adj. R-Quadrat 0,4387				

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

C. Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

C.1. Systematische Literaturübersicht

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

Versorgungs-kontext	**Intervention**	**Forschungs-design**	**Strukturen**
hospital	marginal reimbursement	observational	structure
inpatient	lump sum	interventional	number of beds
health care	flat rate	experimental	capacity
	fixed rate	natural experiment	staffing
	capitation	program evaluation	specialization
	per diem	before-after	admission
	prospective payment	control	readmission
	PPS	control group	
	DRG	longitudinal	
	patient classification	case-control	
	diagnosis related groups	cross-section	

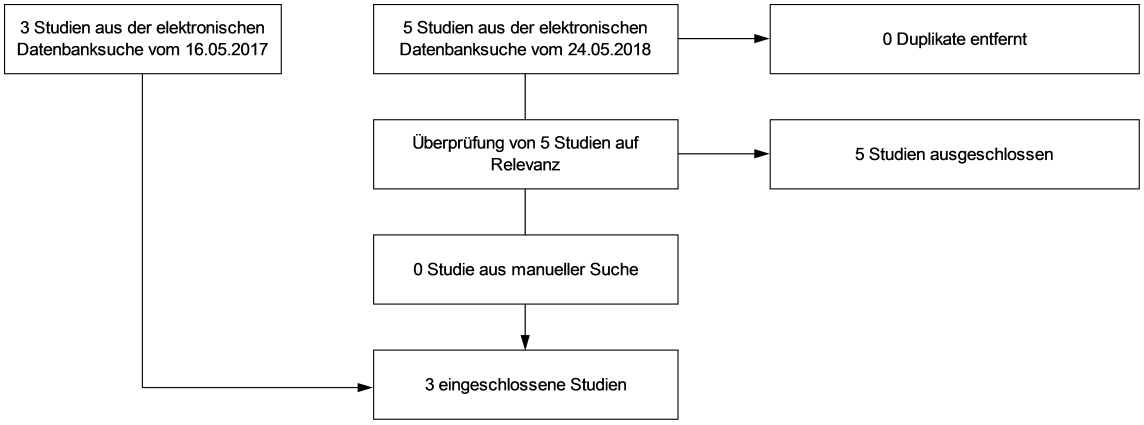


Abbildung C.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

C.2. Tabellarische Darstellungen

Tabelle C.2.: Mittlere Gesamtinvestitionen je Bett

	Mittlere Gesamtinvestitionen je Bett		
	zusammen	nicht optiert	optiert
2013	**19,1**	**32,7**	**5,0**
2014	12,9	19,5	5,7
2015	**10,3**	**12,1**	**8,4**
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	**14,1**	**21,4**	**6,4**
Minimum	10,3	12,1	5,0
Maximum	**19,1**	**32,7**	**8,4**

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle C.3.: Mittlere Gesamtinvestitionen je Fall

Mittlere Gesamtinvestitionen je Fall			
	zusammen	nicht optiert	optiert
2013	**1,30**	**2,25**	**0,35**
2014	0,75	1,07	0,42
2015	**0,72**	**0,90**	**0,52**
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	**0,92**	**1,41**	**0,43**
Minimum	0,72	0,90	0,35
Maximum	**1,30**	**2,25**	**0,52**

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle C.4.: Mittlere Gesamtinvestitionen je Berechnungstag

Mittlere Gesamtinvestitionen je Berechnungstag			
	zusammen	nicht optiert	optiert
2013	**53,6**	**92,1**	**12,0**
2014	28,3	41,1	14,6
2015	**24,9**	**31,7**	**17,4**
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	**35,6**	**54,9**	**14,7**
Minimum	24,9	31,7	12,0
Maximum	**53,6**	**92,1**	**17,4**

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle C.5.: Anzahl Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen

Anzahl Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen	
2011	442
2012	442
2013	440
2014	445
2015	444
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	443
Minimum	440
Maximum	445

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

Tabelle C.6.: Mittlere Anzahl von Versicherten mit Verträgen zur integrierten Versorgung

Mittlere Anzahl von Versicherten mit Verträgen zur integrierten Versorgung	
2013	276
2014	534
2015	607
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	472
Minimum	276
Maximum	607

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

Tabelle C.7.: Anzahl Modellprojekte

	Anzahl Modellprojekte
2011	
2012	
2013	7
2014	14
2015	14
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	12
Minimum	7
Maximum	14

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

Tabelle C.8.: Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich)

	Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich)
2011	20.538
2012	22.366
2013	23.291
2014	24.623
2015	25.719
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	23.307
Minimum	20.538
Maximum	25.719

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

Tabelle C.9.: Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich)

Anzahl Fälle mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsinhalten (DRG-Entgeltbereich)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankehäusern mit TGPS-Abrechnung	-1.365	36	-38,22	0,0000
Genereller Unterschied zw. Jahre 2011-2012 und Jahre 2013-2015	218	33	6,69	0,0000
Spezieller Effekt von Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-184	46	-3,99	0,0001
Beobachtungszahl	120			
Adj. R-Quadrat	0,9738			

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

Tabelle C.10.: Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie)

Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychiatrie und Psychotherapie)	
2011	227
2012	229
2013	223
2014	213
2015	212
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	221
Minimum	212
Maximum	229

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

Tabelle C.11.: Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik)

Anzahl Rehabilitationseinrichtungen (Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik)	
2011	158
2012	164
2013	171
2014	173
2015	178
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	169
Minimum	158
Maximum	178

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

Tabelle C.12.: Ausgaben für Soziotherapie (in Euro)

Ausgaben für Soziotherapie (in Euro)	
2011	3.210.548
2012	3.423.896
2013	3.605.376
2014	3.709.279
2015	4.043.135
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	3.598.447
Minimum	3.210.548
Maximum	4.043.135

Datenquelle: BMG, Daten der KJ1-Statistik.

Tabelle C.13.: Anzahl Fälle in Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V

Anzahl Fälle in Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V	
2011	
2012	
2013	421.302
2014	492.116
2015	524.302
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	479.240
Minimum	421.302
Maximum	524.302

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

Tabelle C.14.: Anzahl Tage mit Konsultationen in Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß PIA-Dokumentation

	Anzahl Tage mit Konsultationen in Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß PIA-Dokumentation
2011	
2012	
2013	6.822.726
2014	7.604.629
2015	7.869.729
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	7.432.361
Minimum	6.822.726
Maximum	7.869.729

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

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

D.1. Systematische Literaturübersicht

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

Versorgungs-kontext	**Intervention**	**Forschungs-design**	**Fallzahl**
hospital	marginal reimbursement	observational	readmission
inpatient	lump sum	interventional	cases
health care	flat rate	experimental	admission
	fixed rate	natural experiment	
	capitation	program evaluation	
	per diem	before-after	
	prospective payment	control	
	PPS	control group	
	DRG	longitudinal	
	patient classification	case-control	
	diagnosis related groups	cross-section	

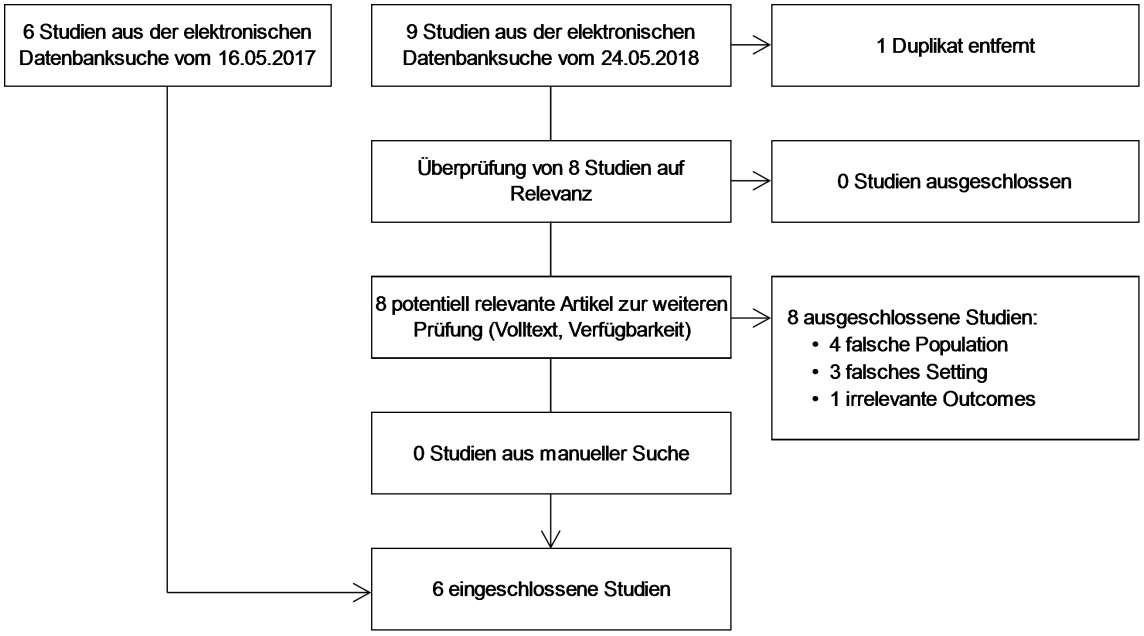


Abbildung D.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen der Fallzahl in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

D.2. Tabellarische Darstellungen

Tabelle D.2.: Anzahl Fälle

	Anzahl Fälle
2011	1.036.012
2012	1.058.593
2013	1.082.702
2014	1.091.300
2015	1.086.382
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	1.070.998
Minimum	1.036.012
Maximum	1.091.300

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

Tabelle D.3.: Anzahl PatientInnen

Anzahl PatientInnen	
2011	1.323.979
2012	1.342.718
2013	1.355.943
2014	1.376.574
2015	1.354.971
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	1.350.837
Minimum	1.323.979
Maximum	1.376.574

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

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

Anzahl Unterbringungsverfahren nach §§ 1906, 1846 BGB und PsychKG	
2011	154.187
2012	155.307
2013	154.798
2014	156.872
2015	163.617
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	156.956
Minimum	154.187
Maximum	163.617

Datenquelle: Bundesamt für Justiz.

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

Anzahl Unterbringungsverfahren nach PsychKG je 100.000 Einwohner	
2011	97,29
2012	100,28
2013	102,06
2014	102,26
2015	101,51
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	100,68
Minimum	97,29
Maximum	102,26

Datenquelle: Bundesamt für Justiz.

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

Anzahl Unterbringungsverfahren nach § 1906 BGB	
2011	59.111
2012	58.813
2013	57.176
2014	57.649
2015	58.992
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	58.348
Minimum	57.176
Maximum	59.111

Datenquelle: Bundesamt für Justiz.

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

Anzahl Unterbringungsgenehmigungen nach § 1906 BGB	
2011	57.116
2012	56.490
2013	54.831
2014	55.292
2015	56.646
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	56.075
Minimum	54.831
Maximum	57.116

Datenquelle: Bundesamt für Justiz.

Tabelle D.8.: Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent)

Anteil Betten mit Belegung an allen Betten (in Prozent)	
2011	93,57
2012	93,95
2013	93,44
2014	93,28
2015	93,33
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	93,52
Minimum	93,28
Maximum	93,95

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

Tabelle D.9.: Anzahl Fälle

Anzahl Fälle	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankehäusern mit TGPS-Abrechnung	-25.897	528	-49,01	0,0000
Genereller Unterschied zw. Jahre 2011-2012 und Jahre 2013-2015	1.505	482	3,12	0,0023
Spezieller Effekt von Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-578	682	-0,85	0,3986
Beobachtungszahl	120			
Adj. R-Quadrat	0,9818			

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

Tabelle D.10.: Anzahl PatientInnen

Anzahl PatientInnen	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	-25.723	503	-51,12	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2015	1.356	459	2,95	0,0039
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-283	650	-0,44	0,6643
Beobachtungszahl	120			
Adj. R-Quadrat	0,983			

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

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

E.1. Systematische Literaturübersicht

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

Versorgungs-kontext	**Intervention**	**Forschungs-design**	**Behandlung**
hospital	marginal reimbursement	observational	treatment
inpatient	lump sum	interventional	length of stay
health care	flat rate	experimental	procedure
	fixed rate	natural experiment	intensity
	capitation	program evaluation	
	per diem	before-after	
	prospective payment	control	
	PPS	control group	
	DRG	longitudinal	
	patient classification	case-control	
	diagnosis related groups	cross-section	

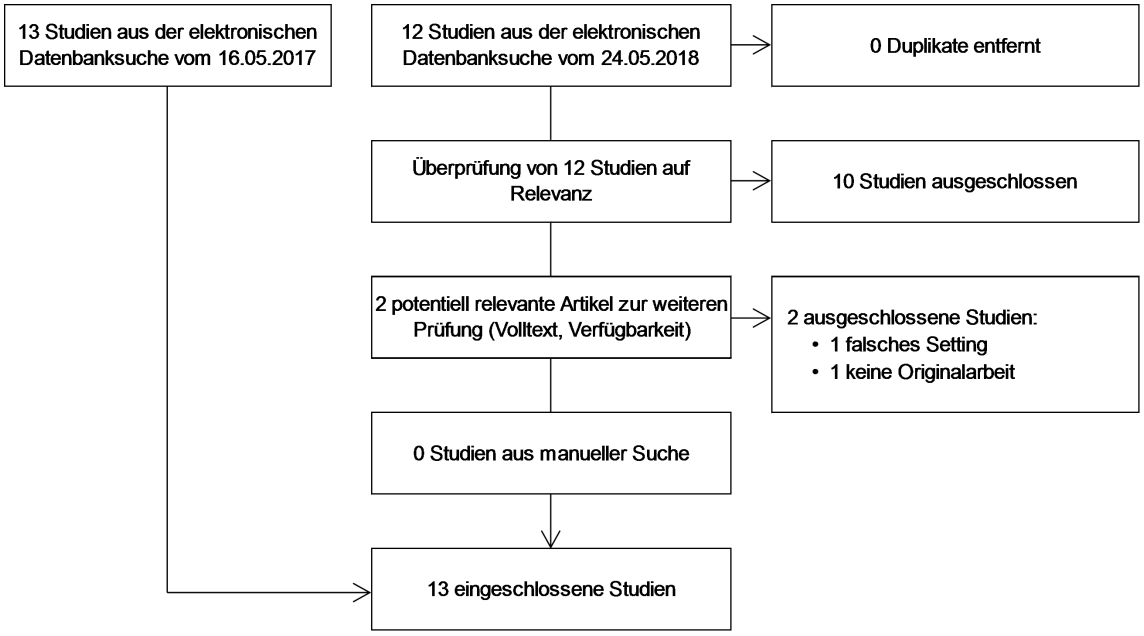


Abbildung E.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen der Behandlung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

E.2. Tabellarische Darstellungen

Tabelle E.2.: Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten einzeltherapeutischen Verfahren oder Schwerpunkten (in Prozent)

Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten einzeltherapeutischen Verfahren oder Schwerpunkten (in Prozent)			
	zusammen	nicht optiert	optiert
2013	7,6	9,1	6,8
2014	15,6	14,3	16,3
2015	13,5	9,5	18,6
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	12,2	11,0	13,9
Minimum	7,6	9,1	6,8
Maximum	15,6	14,3	18,6

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle E.3.: Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen einzeltherapeutischen Verfahren oder in neuen Schwerpunkten behandelt wurden

Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen einzeltherapeutischen Verfahren oder in neuen Schwerpunkten behandelt wurden			
	zusammen	nicht optiert	optiert
2013	47	52,4	28,4
2014	114	182	72,1
2015	156	182	133
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	106	139	78
Minimum	46,8	52,4	28,4
Maximum	156,3	182,4	133,4

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle E.4.: Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten gruppentherapeutischen Verfahren (in Prozent)

Anteil Einrichtungen mit neu eingeführten gruppentherapeutischen Verfahren (in Prozent)			
	zusammen	nicht optiert	optiert
2013	11,6	17,1	7,3
2014	13,3	15,8	12,2
2015	23,8	28,2	22,0
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	16,2	20,4	13,8
Minimum	10	20	10
Maximum	20	30	20

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle E.5.: Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen gruppentherapeutischen Verfahren behandelt wurden

Mittlere Anzahl Fälle, die mit neuen gruppentherapeutischen Verfahren behandelt wurden			
	zusammen	nicht optiert	optiert
2013	93	105	78,3
2014	168	229	117
2015	211	285	137
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	157,6	206,1	110,8
Minimum	93,4	104,8	78,3
Maximum	211,1	284,7	137,4

Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle E.6.: Anzahl Behandlungstage

Anzahl Behandlungstage	
2011	25.532.380
2012	26.552.272
2013	27.099.963
2014	27.436.683
2015	27.238.221
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	26.771.904
Minimum	25.532.380
Maximum	27.436.683

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

Tabelle E.7.: Anteil Behandlungstage mit Regelbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)

Anteil Behandlungstage mit Regelbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)	
2011	60
2012	66
2013	68
2014	65
2015	69
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	66
Minimum	60
Maximum	69

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

Tabelle E.8.: Anteil Behandlungstage mit Intensivbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)

Anteil Behandlungstage mit Intensivbehandlung an allen Behandlungstagen (Erwachsene; vollstationär; in Prozent)	
2011	18,3
2012	20,2
2013	20,7
2014	20,8
2015	20,1
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	20,0
Minimum	18,3
Maximum	20,8

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

Tabelle E.9.: Anzahl Fälle mit Regelbehandlung (Erwachsene; vollstationär)

Anzahl Fälle mit Regelbehandlung (Erwachsene; vollstationär)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	898	365	2,46	0,0156
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2015	1.050	333	3,15	0,0021
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-149	471	-0,32	0,7530
Beobachtungszahl	120			
Adj. R-Quadrat	0,5377			

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

Tabelle E.10.: Anzahl Fälle mit Intensivbehandlung (Erwachsene; vollstationär)

Anzahl Fälle mit Intensivbehandlung (Erwachsene; vollstationär)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	2.323	228	10,17	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2015	1.734	209	8,32	0,0000
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-469	295	-1,59	0,1144
Beobachtungszahl	120			
Adj. R-Quadrat	0,7553			

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

Tabelle E.11.: Mittlere Verweildauer (in Tagen)

Mittlere Verweildauer (in Tagen)	
2011	25,9
2012	25,7
2013	25,8
2014	26,4
2015	26,9
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	26,2
Minimum	25,7
Maximum	26,9

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

Tabelle E.12.: Mittlere Verweildauer (in Tagen)

Mittlere Verweildauer (in Tagen)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankehäusern mit TGPS-Abrechnung	5,7212	0,1649	34,70	0,0000
Genereller Unterschied zw. Jahre 2011-2012 und Jahre 2013-2015	0,0214	0,1505	0,14	0,8873
Spezieller Effekt von Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	0,3832	0,2128	1,80	0,0747
Beobachtungszahl	120			
Adj. R-Quadrat	0,9651			

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

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

F.1. Systematische Literaturübersicht

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

Versorgungs-kontext	**Intervention**	**Forschungs-design**	**Kodierung**
hospital	marginal reimbursement	observational	diagnostic coding
inpatient	lump sum	interventional	coding
health care	flat rate	experimental	coding practice
	fixed rate	natural experiment	
	capitation	program evaluation	
	per diem	before-after	
	prospective payment	control	
	PPS	control group	
	DRG	longitudinal	
	patient classification	case-control	
	diagnosis related groups	cross section	

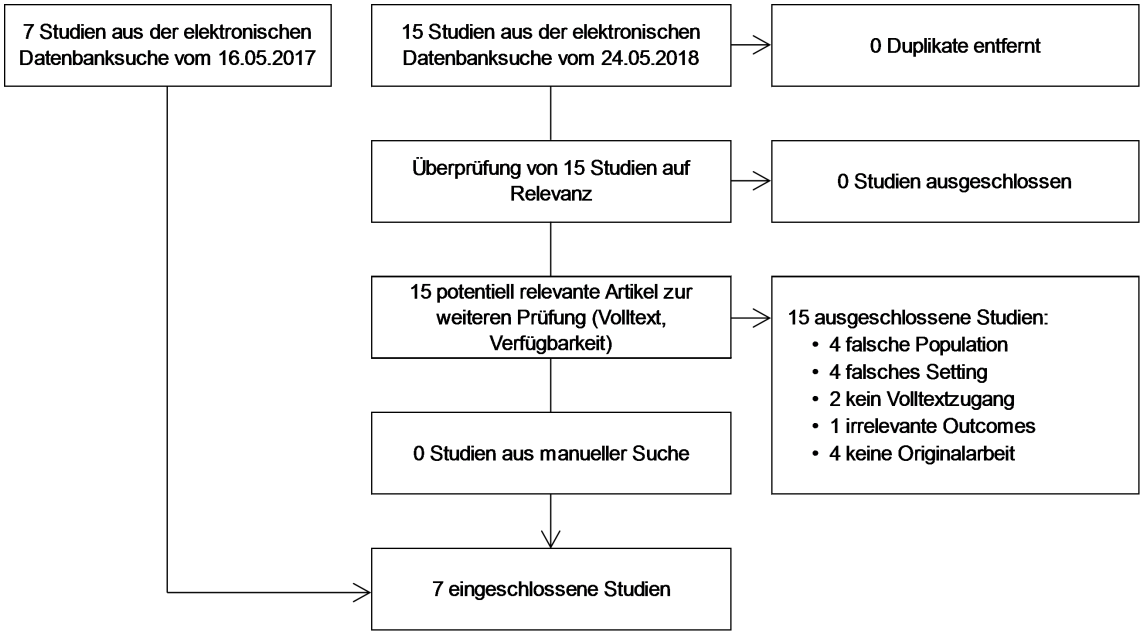


Abbildung F.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen der Kodierung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

F.2. Tabellarische Darstellungen

Tabelle F.2.: Verhältnis Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung (in Prozent)

	Verhältnis Fälle mit unspezifischer Kodierung zu Fällen mit spezifischer Kodierung (in Prozent)
2011	14,2
2012	13,6
2013	13,0
2014	12,2
2015	11,7
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	12,9
Minimum	11,7
Maximum	14,2

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

Tabelle F.3.: Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen

Anzahl Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen	
2011	25.141
2012	23.645
2013	23.282
2014	21.781
2015	20.709
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	22.912
Minimum	20.709
Maximum	25.141

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

Tabelle F.4.: Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes

Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes	
2011	12.080
2012	5.727
2013	2.492
2014	3.025
2015	2.292
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	5.123
Minimum	2.292
Maximum	12.080

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

Tabelle F.5.: Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)

Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)	
2011	26
2012	30
2013	33
2014	36
2015	37
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	32
Minimum	26
Maximum	37

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

Tabelle F.6.: Anzahl der Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen

Anzahl Fälle mit paralleler Kodierung sich ausschließender Diagnosen				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankehäusern mit TGPS-Abrechnung	-680	71	-9,61	0,0000
Genereller Unterschied zw. Jahre 2011-2012 und Jahre 2013-2015	-152	65	-2,36	0,0201
Spezieller Effekt von Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-403	91	-4,41	0,0000
Beobachtungszahl	120			
Adj. R-Quadrat	0,8211			

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

Tabelle F.7.: Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes

Anzahl typischerweise im DRG-Entgeltbereich kodierter OPS-Kodes				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankehäusern mit TGPS-Abrechnung	-2.253	56	-40,10	0,0000
Genereller Unterschied zw. Jahre 2011-2012 und Jahre 2013-2015	143	51	2,79	0,0063
Spezieller Effekt von Krankehäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-176	73	-2,43	0,0168
Beobachtungszahl 120				
Adj. R-Quadrat 0,9743				

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

Tabelle F.8.: Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)

Anteil Fälle mit häufigen somatischen Begleiterkrankungen an allen Fällen (in Prozent)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	-6,69	0,4	-16,63	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2015	4,72	0,37	12,85	0,0000
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	1,94	0,52	3,74	0,0003
Beobachtungszahl 120				
Adj. R-Quadrat 0,8902				

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

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

G.1. Systematische Literaturübersicht

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

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

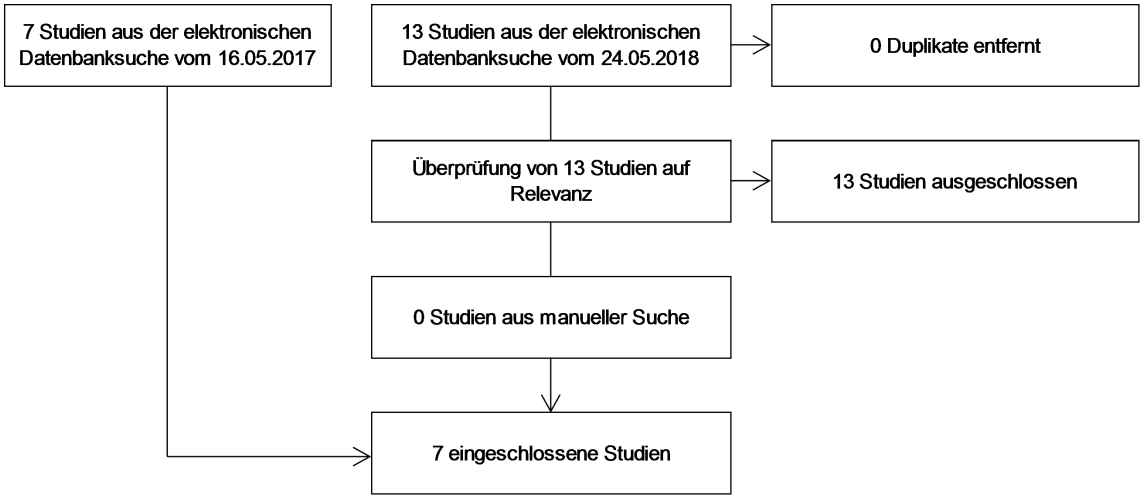


Abbildung G.1.: Studienauswahl zu „Veränderungen der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“

G.2. Tabellarische Darstellungen

Tabelle G.2.: Änderung der PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung

Änderung der Patienten-Therapeuten-Beziehung			
	zusammen	nicht optiert	optiert
2013	2,94	0,00	6,25
2014	1,76	-1,25	5,00
2015	-0,58	-3,66	2,50
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	1,4	-1,6	4,6
Minimum	-0,6	-3,7	2,5
Maximum	2,94	0,00	6,25

Anm.: Wertebereich: −100 (verschlechtert) bis 100 (verbessert)
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle G.3.: Änderung des Behandlungserfolges

	Änderung des Behandlungserfolges		
	zusammen	nicht optiert	optiert
2013	**4,22**	**-1,28**	**8,97**
2014	3,61	-1,28	6,41
2015	**2,41**	**-3,85**	**6,41**
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	**3,4**	**-2,1**	**7,3**
Minimum	2,4	-3,8	6,4
Maximum	**4,22**	**-1,28**	**8,97**

Anm.: Wertebereich: −100 (verschlechtert) bis 100 (verbessert)
Datenquelle: BQS – Krankenhausbefragung; eigene Berechnung.

Tabelle G.4.: Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent)

	Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent)
2011	19,6
2012	18,8
2013	18,2
2014	17,5
2015	16,7
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	18,1
Minimum	16,7
Maximum	19,6

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

Tabelle G.5.: Anzahl Entlassungen gegen ärztlichen Rat

	Anzahl Entlassungen gegen ärztl. Rat
2011	86.122
2012	90.682
2013	95.354
2014	96.248
2015	96.772
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	93.036
Minimum	86.122
Maximum	96.772

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

Tabelle G.6.: Anteil Entlassungen gegen ärztlichen Rat

Anteil Entlassungen gegen ärztl. Rat an allen Fällen (in Prozent)	
2011	8,306
2012	8,560
2013	8,802
2014	8,816
2015	8,904
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	8,678
Minimum	8,306
Maximum	8,904

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

Tabelle G.7.: Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent)

Anteil arbeitsfähig entlassener Fälle an allen Fällen (Alter 18 bis 60 Jahre; in Prozent)				
	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	-0,9	0,15	-6,21	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2015	-1,2	0,13	-9,04	0,0000
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	-0,18	0,19	-0,99	0,3269
Beobachtungszahl	120			
Adj. R-Quadrat	0,7257			

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

Tabelle G.8.: Anteil Entlassungen geg. ärztl. Rat an allen Fällen (vollstationär; in Prozent)

Anteil Entlassungen geg. ärztl. Rat an allen Fällen (vollstationär; in Prozent)

	Schätzer	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Genereller Unterschied zw. Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung und Krankenhäusern mit TGPS-Abrechnung	1,33	0,08	16,76	0,0000
Genereller Unterschied zw. den Jahren 2011-2012 und den Jahren 2013-2015	0,22	0,07	3,04	0,0030
Spezieller Effekt von Krankenhäusern mit PEPP-Abrechnung für die Jahre 2013-2015	0,38	0,1	3,73	0,0003

Beobachtungszahl	120
Adj. R-Quadrat	0,9195

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

H. Sonstige Veränderungen in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

H.1. Tabellarische Darstellungen

Tabelle H.1.: Bereinigte Kosten (Psych-Fachabteilungen in Psych-Krankenhäusern; in Euro)

Bereinigte Kosten (PSYCH-Fachabteilungen in PSYCH-Krankenhäusern; in Euro)	
2011	3.616.023.230
2012	3.979.765.330
2013	4.136.662.890
2014	4.378.239.230
2015	4.547.103.460
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	4.131.558.828
Minimum	3.616.023.230
Maximum	4.547.103.460

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

Tabelle H.2.: Bereinigte Kosten je Berechnungstag (Psych-Fachabteilungen in Psych-Krankenhäusern; in Euro)

Bereinigte Kosten je Berechnungstag (PSYCH-Fachabteilungen in PSYCH-Krankenhäusern; in Euro)	
2011	261
2012	272
2013	279
2014	288
2015	297
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	279
Minimum	261
Maximum	297

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

Tabelle H.3.: Anteil Ausgaben für psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Krankenhäuser an allen Ausgaben (in Prozent)

	Anteil Ausgaben für psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Krankenhäuser an allen Ausgaben (in Prozent)
2011	
2012	9,3
2013	9,4
2014	9,8
2015	9,9
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	9,6
Minimum	9,3
Maximum	9,9

Datenquelle: BMG, Daten der KJ1-Statistik.

Tabelle H.4.: Anteil Kassen mit Veränderungen im IT-Bereich für das PEPP-Entgeltsystem (in Prozent)

Anteil Kassen mit Veränderungen im IT-Bereich für das PEPP-Entgeltsystem (in Prozent)		
	Datenübermittlungsverfahren (n=21)	Rechnungsprüfungs-programme (n=26)
2013	**47,6**	**84,6**
2014	38,1	80,8
2015	**33,3**	**76,9**
2016		
2017		
2018		
Durchschnitt	**39,7**	**80,8**
Minimum	33,3	76,9
Maximum	**47,6**	**84,6**

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

Tabelle H.5.: Mittlere Anzahl mit der Abrechnung psychiatrischer Fälle beschäftigte MitarbeiterInnen

Mittlere Anzahl mit der Abrechnung psychiatrischer Fälle beschäftigte MitarbeiterInnen				
	insgesamt (n=25)	Sozialvers.- od. kaufm. Ausb. (n=11)	pflegerische Ausbild. (n=7)	sonst. nicht-akadem. Ausb. (n=6)
2013	7,86	7,78	0,30	0,83
2014	8,36	8,12	0,71	0,83
2015	9,18	8,44	0,90	1,17
2016				
2017				
2018				
Durchschnitt	8,47	8,11	0,64	0,94
Minimum	7,86	7,78	0,30	0,83
Maximum	9,18	8,44	0,90	1,17

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

Tabelle H.6.: Mittlere Anzahl mit PEPP abgerechneter vollstationärer Fälle pro MitarbeiterIn

Mittlere Anzahl mit PEPP abgerechneter vollstationärer Fälle pro MitarbeiterIn	
2013	156
2014	644
2015	1.062
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	621
Minimum	156
Maximum	1.062

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

Tabelle H.7.: Mittlere MitarbeiterInnenzahl, unabhängig vom verwendeten Vergütungssystem

Mittlere MitarbeiterInnenzahl, unabhängig vom verwendeten Vergütungssystem			
	insgesamt (n=2)	ärztl. Dienst (n=3)	Verwaltung (n=2)
2013	**2,03**	**4,90**	**3,03**
2014	1,85	4,45	3,00
2015	**2,00**	**4,78**	**2,95**
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	**1,96**	**4,71**	**2,99**
Minimum	1,85	4,45	2,95
Maximum	**2,03**	**4,90**	**3,03**

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Tabelle H.8.: Mittlere MitarbeiterInnenzahl im ärztlichen Dienst

Mittlere MitarbeiterInnenzahl im ärztlichen Dienst		
	TGPS	PEPP
2013	**3,85**	**0,01**
2014	3,51	0,25
2015	**3,54**	**1,82**
2016		
2017		
2018		
Durchschnitt	**3,63**	**0,69**
Minimum	3,51	0,01
Maximum	**3,85**	**1,82**

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Tabelle H.9.: Mittlere Anzahl Schulungstage pro MitarbeiterIn

Mittlere Anzahl Schulungstage pro MitarbeiterIn				
	insgesamt (n=26)	intern (n=22)	extern (n=17)	mit dem MDK (n=21)
2013	1,72	1,14	0,56	0,61
2014	1,85	1,41	0,44	0,67
2015	2,40	1,50	0,53	0,90
2016				
2017				
2018				
Durchschnitt	1,99	1,35	0,51	0,73
Minimum	1,72	1,14	0,44	0,61
Maximum	2,40	1,50	0,56	0,90

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

Tabelle H.10.: Mittlere Anzahl Fallsteuerungen bzw. auffälliger Fälle pro 100 Fälle

Mittlere Anzahl Fallsteuerungen bzw. auffälliger Fälle pro 100 Fälle				
	Fallsteuer. TGPS (n=21)	Fallsteuer. PEPP (n=21)	auffällige Fälle TGPS (n=21)	auffällige Fälle PEPP (n=21)
2013	34,1	31,6	25,0	36,8
2014	30,3	30,3	23,0	34,5
2015	27,2	28,7	21,0	34,9
2016				
2017				
2018				
Durchschnitt	30,6	30,2	23,0	35,4
Minimum	27,2	28,7	21,0	34,5
Maximum	34,1	31,6	25,0	36,8

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

Tabelle H.11.: Durchschnittliche Veränderung im Aufwand pro Rechnungsprüfung für nach PEPP abgerechnete Fälle (in Prozent)

Durchschnittliche Veränderung im Aufwand pro Rechnungsprüfung für nach PEPP abgerechnete Fälle (in Prozent)	
2013	4,67
2014	8,39
2015	11,39
2016	
2017	
2018	
Durchschnitt	8,15
Minimum	4,67
Maximum	11,39

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

Tabelle H.12.: Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet wurden

Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet wurden			
	insgesamt (n=13)	fallabschließend (n=11)	fallsteuernd (n=11)
2013	57 595	33.844	11.005
2014	52.669	29.177	10.139
2015	41.258	25.573	8.414
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	50.507	29.531	9.853
Minimum	41.258	25.573	8.414
Maximum	57.595	33.844	11.005

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Tabelle H.13.: Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden

Anzahl sozialmedizinischer Fallberatungen bezogen auf Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden			
	insgesamt (n=12)	fallabschließend (n=10)	fallsteuernd (n=10)
2013	307	103	30
2014	8.824	5.363	2.568
2015	15.668	6.591	5.415
2016			
2017			
2018			
Durchschnitt	8.266	4.019	2.671
Minimum	307	103	30
Maximum	15.668	6.591	5.415

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Tabelle H.14.: Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet wurden

Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die mit TGPS abgerechnet wurden				
	sozialmed. Fallber. (n=13)	Begutachtungen (n=14)	Widerspruchs-anträge (n=13)	insgesamt
2013	57.595	33.182	2.525	93.302
2014	52.669	29.469	2.865	85.003
2015	41.258	23.068	2.666	66.992
2016				
2017				
2018				
Durchschnitt	50.507	28.573	2.685	81.766
Minimum	41.258	23.068	2.525	66.992
Maximum	57.595	33.182	2.865	93.302

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Tabelle H.15.: Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden

Anzahl Fallprüfungen bezogen auf Fälle, die mit PEPP abgerechnet wurden

	sozialmed. Fallber. (n=12)	Begutachtungen (n=12)	Widerspruchs-anträge (n=10)	insgesamt
2013	307	29		336
2014	8.824	6.303	140	15.267
2015	15.668	11.778	335	27.781
2016				
2017				
2018				
Durchschnitt	8.266	6.037	238	14.461
Minimum	307	29	140	336
Maximum	15.668	11.778	335	27.781

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Tabelle H.16.: Anteil Widerspruchsverfahren an allen Fallprüfungen (in Prozent)

Anteil Widerspruchsverfahren an allen Fallprüfungen (in Prozent)

	TGPS	PEPP
2013	2,7	0,0
2014	3,4	0,9
2015	4,0	1,2
2016		
2017		
2018		
Durchschnitt	3,4	0,7
Minimum	2,7	0,0
Maximum	4,0	1,2

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.

Tabelle H.17.: Anteil Inhouse-Verfahren an allen Begutachtungen (in Prozent)

Anteil Inhouse-Verfahren an allen Begutachtungen (in Prozent)		
	TGPS (n=4)	PEPP (n=3)
2013	26,3	
2014	22,7	96,5
2015	14,8	86,9
2016		
2017		
2018		
Durchschnitt	21,3	91,7
Minimum	14,8	86,9
Maximum	26,3	96,5

Datenquelle: BQS – MDK-Befragung; eigene Berechnung.