



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

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

**28.06.2019**

## Vorwort

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

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

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

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

## Inhaltsverzeichnis

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

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

## Abkürzungsverzeichnis

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

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

## Abbildungsverzeichnis

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

## Tabellenverzeichnis

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

## **Inklusionsverweis**

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



## 1. Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

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

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

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

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

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

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

---

<sup>1</sup> Vgl. Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG (Psych-Entgeltgesetz) vom 30.11.2009.

<sup>2</sup> Vgl. Ergänzungsvereinbarung vom 16.03.2012 zur Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG (Psych-Entgeltgesetz) vom 30.11.2009.

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

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

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

Die Einzelheiten zum leistungsbezogenen Krankenhausvergleich haben die Vertragsparteien auf Bundesebene in der Psych-Krankenhausvergleichs-Vereinbarung<sup>4</sup> geregelt.

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

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

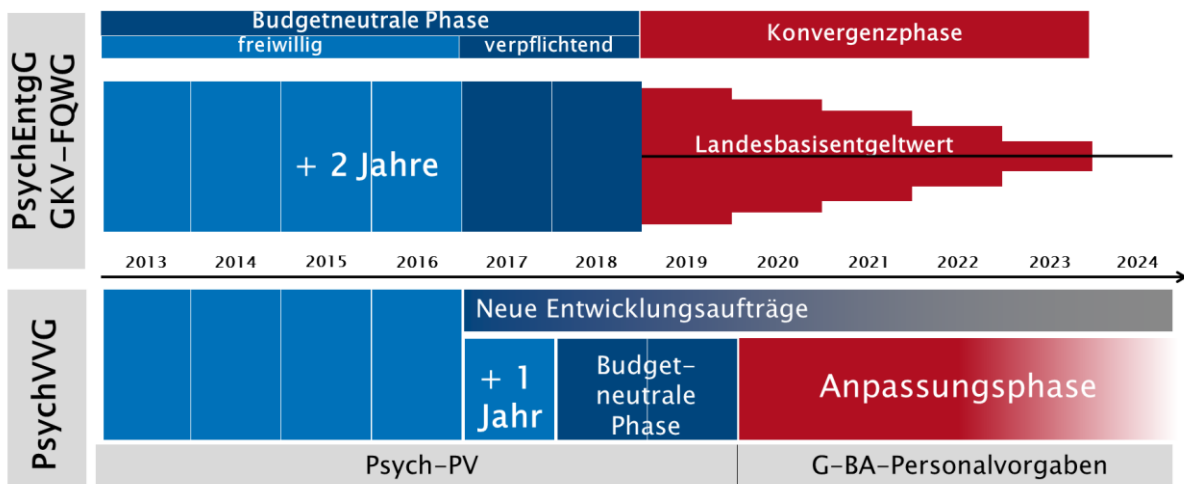
---

<sup>3</sup> Vereinbarung zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG vom 01.04.2014.

<sup>4</sup> Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 9 BPfIV zu den näheren Einzelheiten des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4 BPfIV (Psych-Krankenhausvergleichs-Vereinbarung) vom 13.03.2019.

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

Abbildung 1: Einführungsphasen



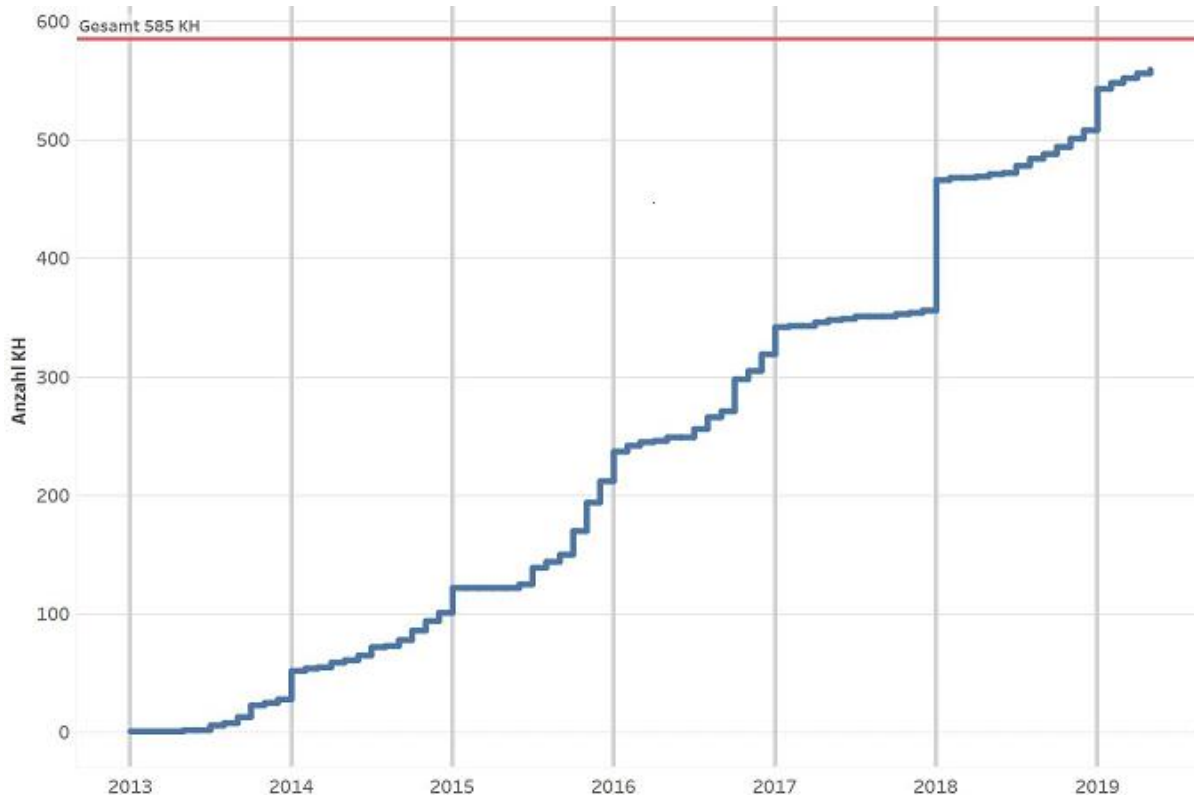
Quelle: Eigene Darstellung.

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

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

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

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



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

## **2. Anwendungserfahrungen und Auswirkungen des neuen Entgeltsystems**

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

#### **2.1.1 Gesetzlicher Hintergrund**

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

#### **2.1.2 Inhalt und Umsetzung**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Abbildung 3: Datenquellen der Forschungszyklen im Rahmen der Begleitforschung**

Tabelle 3.1.: Datenquellen und Auswertungen in den drei Forschungszyklen

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

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

Quelle: Enderbericht des 1. Forschungszyklus der Begleitforschung.

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

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

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

### **2.1.3 Ergebnisse**

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

#### **2.1.3.1 Nullpunktmessung**

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

#### **2.1.3.2 Erster Forschungszyklus**

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

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

---

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



#### **Veränderungen des Zugangs:**

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

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

#### **Veränderungen der Strukturen:**

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

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

#### **Veränderungen der Fallzahl:**

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

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

#### **Veränderungen der Behandlung:**

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

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

#### **Veränderungen der Kodierung:**

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

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

#### **Veränderungen der Qualität:**

Unterschiede in den Prozess- und Strukturqualitätsmerkmalen zwischen den Einrichtungen, die zwischen 2013 und 2015 optiert bzw. nicht optiert haben, fallen überwiegend gering aus. Dies betrifft beispielsweise Unterschiede bei der Erfüllung und Ausfinanzierung des Personalbedarfs (gem. Psych-PV), sowie bei den klinischen Abläufen (z. B. beim Aufnahmeprozess, bei klinischen Behandlungspfaden, bei Fallkonferenzen und Teamsitzungen). Bei der Entlassung von Patienten treten hingegen Unterschiede zwischen PEPP-Optionshäusern und TGPS-Häusern auf: So wird ein Entlassmanagement (gem. § 39 SGB V) in den Optionshäuser sehr viel häufiger angewendet als in den Nicht-Optionshäusern. Dieser Unterschied findet sich durchgängig bei der Überleitungs- 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.

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

#### **Sonstige Veränderungen:**

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

*[Auszug aus dem Bericht zum 1. Forschungszyklus, Kurzfassung, Seite vi, Langfassung in Kapitel 10]*

#### **2.1.3.3 Zweiter Forschungszyklus**

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

#### **2.1.4 Datenzugang Forschungsergebnisse**

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

## 2.2 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs

### 2.2.1 Hintergrund

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

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

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

---

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

<sup>7</sup> Vgl. Abschlussbericht Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP).

<sup>8</sup> Vgl. [https://www.g-drg.de/PEPP-Vorschlagsverfahren/Hinweise\\_zum\\_PEPP-Vorschlagsverfahren](https://www.g-drg.de/PEPP-Vorschlagsverfahren/Hinweise_zum_PEPP-Vorschlagsverfahren).

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

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

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

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

### **2.2.2 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2013**

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

---

<sup>9</sup> Vgl. Abschlussbericht – Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2013.

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

### **2.2.3 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2014**

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

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

### **2.2.4 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2015**

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

---

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

<sup>11</sup> Vgl. Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik 2014 (PEPPV 2014) vom 11.11.2013.

<sup>12</sup> Vgl. Vereinbarung zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG vom 01.04.2014.

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

### **2.2.5 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2016**

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

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



### **2.2.6 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2017**

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

### **2.2.7 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2018**

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

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

### **2.2.8 Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2019**

Bereits Endes des Jahres 2015 wurden die Selbstverwaltungspartner mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)<sup>13</sup> beauftragt, auf der Grundlage eines vom DRG-Institut zu entwickelnden Vorschlags

---

<sup>13</sup> Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10.12.2015.

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

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

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

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

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

---

<sup>14</sup> Vgl. Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 3 Satz 6 KHG zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation 02.09.2016.

<sup>15</sup> Vgl. Ergänzungsvereinbarung vom 01.09.2017 zur Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 3 Satz 6 KHG vom 02.09.2016.

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

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

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

### 3. Psychiatrische Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V

#### 3.1 Gesetzlicher Hintergrund

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

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

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

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

---

<sup>16</sup> Vgl. Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V vom 30.04.2010.

<sup>17</sup> Vgl. Anlage zur Vereinbarung gemäß § 118 Abs. 2 SGB V vom 30.04.2010.

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

### **3.2 PIA-Prüfauftrag und PIA-Dokumentation**

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

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

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

### **3.3 Vereinbarungen und Vergütung**

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

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

---

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

<sup>19</sup> Vgl. § 4 der PIA-Doku-Vereinbarung vom 16.03.2012.

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

### **3.4 Erste Ergebnisse**

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

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

**Tabelle 1: Grunddaten PIA**

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

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

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

**Tabelle 2: Behandlungstage nach Leistungsschlüsseln**

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

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

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



**Tabelle 3: Leistungsumfang PIA**

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

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

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

**Tabelle 4: Ambulante und stationäre Behandlung – Berechnungstage**

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

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

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

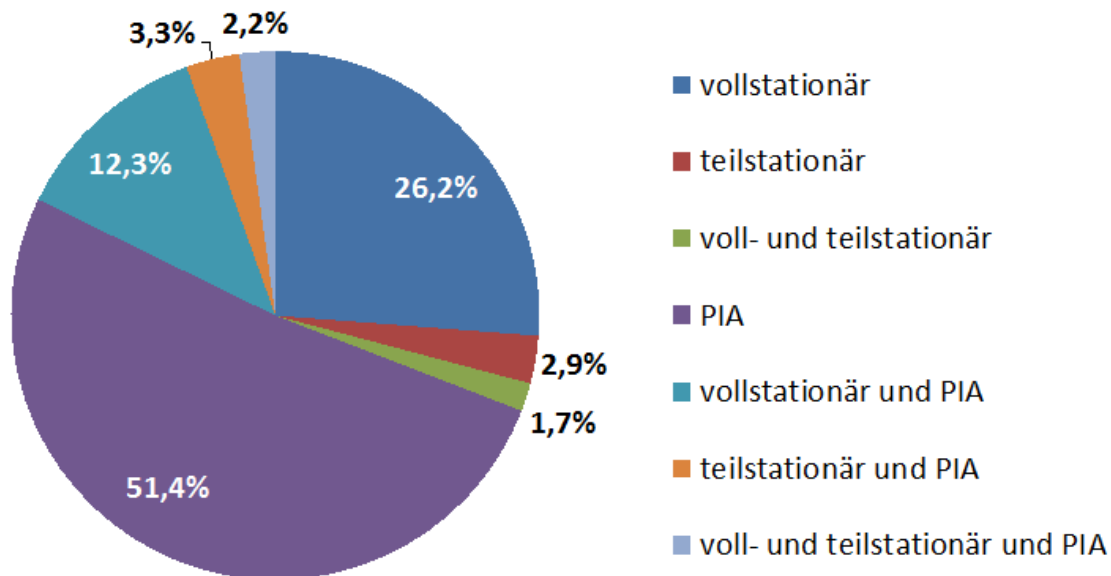
**Tabelle 5: Ambulante und stationäre Behandlung – Anzahl der Patienten und Fälle**

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

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

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

Abbildung 4: Verteilung der Patienten nach Behandlungssetting



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

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

### 3.5 Erweiterung der PIA-Dokumentation

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

<sup>21</sup> Vgl. PIA-Doku-Vereinbarung vom 02.02.2018.

<sup>22</sup> Vgl. Anlage 2 zur PIA-Doku-Vereinbarung vom 02.02.2018.

## 4. Erkenntnisse aus den Nachweisen zur Personalausstattung

### 4.1 Gesetzlicher Hintergrund

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

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

### 4.2 Inhalte und Umsetzung der Nachweise

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

---

<sup>23</sup> Vgl. Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPFIV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 S. 2 und 3 BPFIV (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung) vom 26.06.2017.

<sup>24</sup> Vgl. § 2 der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPFIV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 S. 2 und 3 BPFIV (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung) vom 26.06.2017.

Abbildung 5: Relevante Kennzahlen für die Stellenbesetzung

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

Abweichung nur in Ausnahmefällen (z. B. Stufenplan)

Quelle: Eigene Darstellung.

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

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

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

<sup>25</sup> Vgl. § 3 der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPFIV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 S. 2 und 3 BPFIV (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung) vom 26.06.2017.

### 4.3 Erste Ergebnisse der Psych-PV-Nachweise

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

#### 4.3.1 Umsetzungsgrad

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

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

**Tabelle 6: Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen, 2017**

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

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

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

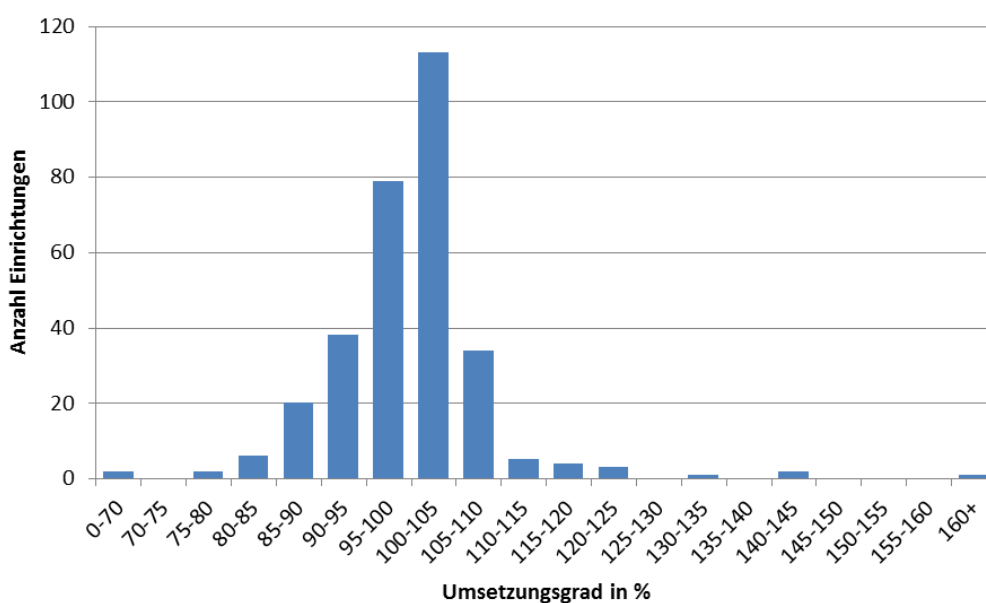
---

<sup>26</sup> Vgl. § 6 der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPFIV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 S. 2 und 3 BPFIV (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung) vom 26.06.2017.

<sup>27</sup> Die Gewichtung berücksichtigt die unterschiedliche Größe der Einrichtungen.

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

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



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



**Tabelle 7: Prozentuale Verteilung der Umsetzungsgrade, 2017**

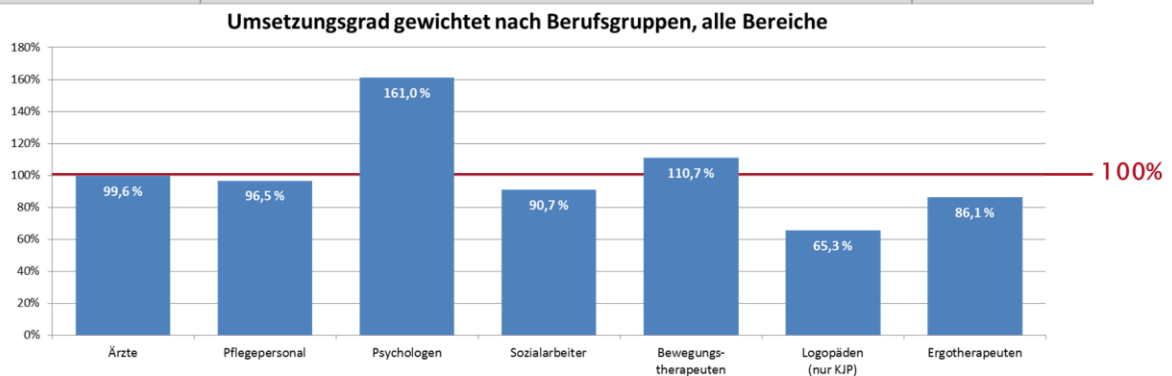
Umsetzungsgrad in %	Anzahl Krankenhäuser	in %	kumuliert in %
< 80	4	1	1
80 bis < 85	6	2	3
85 bis < 90	20	6	10
90 bis < 95	38	12	22
95 bis < 100	79	25	47
100 bis < 105	113	36	84
105 bis < 110	34	11	95
110 bis < 115	5	2	96
115 bis 120	4	1	98
> 120	7	2	100
<b>Gesamt</b>	<b>310</b>		

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

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

**Abbildung 7: Umsetzungsgrad – Gesamt und nach Berufsgruppen, 2017**

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



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

#### 4.3.2 Realisierungsgrad

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

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

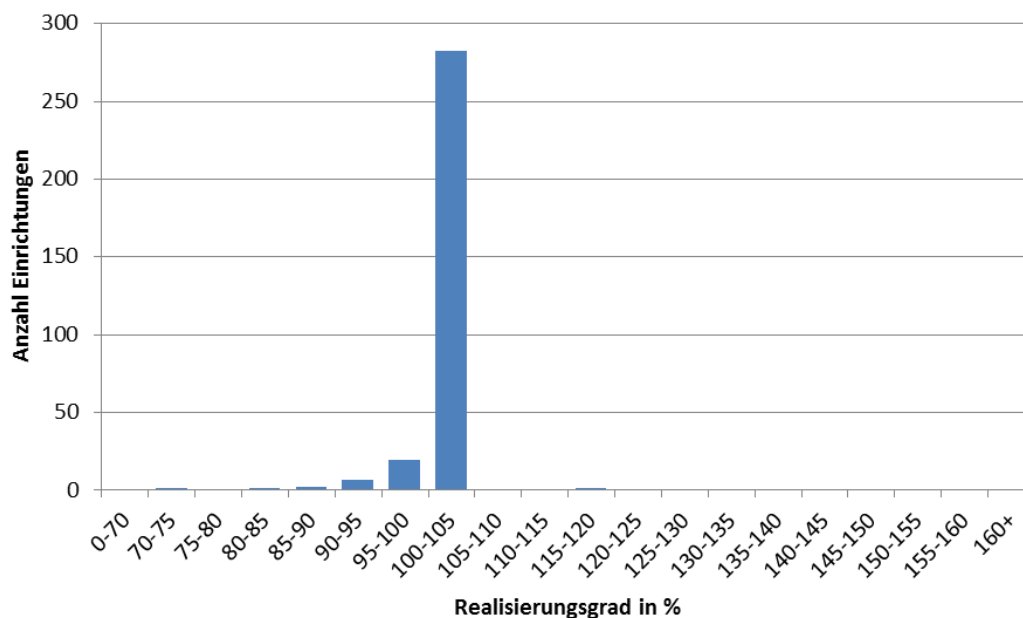
**Tabelle 8: Realisierungsgrad der notwendigen Stellenbesetzung in der Vereinbarung über alle Krankenhäuser, 2017**

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

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

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

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



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

**Tabelle 9: Prozentuale Verteilung der Realisierungsgrade, 2017**

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

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

#### 4.3.3 Zweckentsprechende Mittelverwendung

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

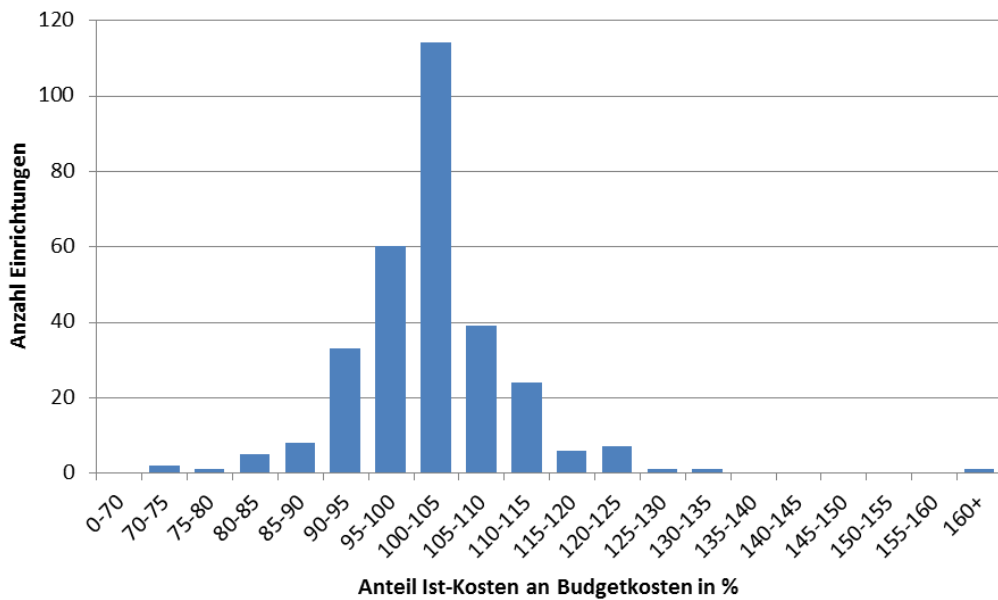
**Tabelle 10: Übersicht Zweckentsprechende Mittelverwendung, 2017**

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

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

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

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



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

**Tabelle 11: Prozentuale Verteilung der zweckentsprechenden Mittelverwendung, 2017**

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

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

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

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

### **5.1 Gesetzlicher Hintergrund**

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

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

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

### **5.2 Ziele der Modellvorhaben**

Ziele der Verträge nach § 64b SGB V sind

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

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

### 5.3 Übersicht der Modellvorhaben

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

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

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

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

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

---

<sup>28</sup> Vgl. Daten des InEK gemäß § 64b Absatz 3 SGB V.



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

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

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

Name des KH	Ort	Bundesland des KH	Start	Behandlungsbereich/e	Ziel
Klinikum Hanau GmbH	Hanau	Hessen	01.09.2013	EP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stärkung stationersetzender Behandlungsmöglichkeiten (Hometreatment, stationersetzende ambulante Behandlung im KH)</li> <li>- Optimierung sektorenübergreifender Leistungen</li> </ul>
Heinrich-Braun-Klinikum gGmbH Zwickau	Zwickau	Sachsen	01.01.2013	EP KJP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modellhafte Erprobung sektorenübergreifender Versorgung psychisch Kranker</li> <li>- Orientierung am regionalen Psychriatriebudget</li> <li>- Fließende Übergänge zwischen den Therapiesettings</li> <li>- Ausbau der multiprofessionellen Ambulanz</li> <li>- Stationersetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)</li> </ul>
Kreiskrankenhaus Rudolf Virchow gGmbH	Glauchau	Sachsen	01.01.2013	EP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modellhafte Erprobung sektorenübergreifender Versorgung psychisch Kranker</li> <li>- Optimierung des Ressourceneinsatzes</li> <li>- Vermeidung von Kapazitätserweiterungen im stationären Bereich</li> <li>- Stationersetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)</li> </ul>
Psychiatrische Klinik Lüneburg gGmbH	Lüneburg	Niedersachsen	01.01.2014	EP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modellhafte Erprobung sektorenübergreifender Versorgung psychisch Kranker</li> <li>- Optimierung des Ressourceneinsatzes</li> <li>- Verstärkte ambulante und teilstationäre Behandlung</li> <li>- Stationersetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)</li> </ul>
Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin	Berlin	Berlin	01.01.2014	EP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erprobung regionaler Versorgungskonzepte</li> <li>- Sektorenübergreifende Leistungserbringung</li> </ul>
St. Marien-Hospital Hamm gGmbH	Hamm	Nordrhein-Westfalen	01.01.2014	EP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbesserung der Patientenversorgung</li> <li>- Sektorenübergreifende Leistungserbringung</li> <li>- Stationersetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)</li> </ul>
Immanuel Klinik Rüdersdorf	Rüdersdorf	Brandenburg	01.01.2014	EP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimierung sektorenübergreifender Leistungen</li> <li>- Stärkung stationersetzender Behandlungsmöglichkeiten</li> <li>- Stationersetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment) (evtl. durch die Diakonie Petershagen)</li> </ul>
Südharz Klinikum Nordhausen gGmbH	Nordhausen	Thüringen	01.01.2014	EP KJP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimierung sektorenübergreifender Leistungen</li> <li>- Verringerung des Umfangs der stationären Versorgung</li> <li>- Stationersetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)</li> </ul>

Gemeinsamer Bericht zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 4 Satz 8 KHG vom 28.06.2019

Fachkliniken Nordfriesland gGmbH	Breklum	Schleswig-Holstein	01.01.2013	EP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablierung einer ganzheitlichen, am Patienten orientierten Versorgung</li> <li>- Verbesserung des Übergangs zwischen den Versorgungsformen</li> <li>- Verbesserung der Versorgungsqualität</li> <li>- Förderung umfassender ambulanter Versorgungsangebote (u. a. Hometreatment)</li> </ul>
Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH	Heide	Schleswig-Holstein	01.01.2013	EP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablierung einer ganzheitlichen, am Patienten orientierten Versorgung</li> <li>- Verbesserung des Übergangs zwischen den Versorgungsformen</li> <li>- Verbesserung der Versorgungsqualität</li> <li>- Förderung umfassender ambulanter Versorgungsangebote (u. a. Hometreatment)</li> </ul>
imland gemeinnützige GmbH	Rendsburg	Schleswig-Holstein	01.01.2013	EP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablierung einer ganzheitlichen, am Patienten orientierten Versorgung</li> <li>- Verbesserung des Übergangs zwischen den Versorgungsformen</li> <li>- Verbesserung der Versorgungsqualität</li> <li>- Förderung umfassender ambulanter Versorgungsangebote (u. a. Hometreatment)</li> </ul>
Johanniter Krankenhaus Geesthacht	Geesthacht	Schleswig-Holstein	01.01.2013	EP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablierung einer ganzheitlichen, am Patienten orientierten Versorgung</li> <li>- Verbesserung des Übergangs zwischen den Versorgungsformen</li> <li>- Verbesserung der Versorgungsqualität</li> <li>- Förderung umfassender ambulanter Versorgungsangebote (u. a. Hometreatment)</li> </ul>
Klinikum Itzehoe	Itzehoe	Schleswig-Holstein	01.01.2014	EP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablierung einer ganzheitlichen, am Patienten orientierten Versorgung</li> <li>- Verbesserung des Übergangs zwischen den Versorgungsformen</li> <li>- Verbesserung der Versorgungsqualität</li> <li>- Förderung umfassender ambulanter Versorgungsangebote (u. a. Hometreatment)</li> </ul>
LWL-Universitätsklinikum Bochum	Bochum	Nordrhein-Westfalen	01.12.2014	EP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erprobung regionaler Versorgungskonzepte</li> <li>- Verbesserung der Versorgungsqualität</li> <li>- Optimierung des Ressourceneinsatzes</li> <li>- Sektorenübergreifende Leistungserbringung</li> <li>- Einführung einer Behandlung durch "stationsungebundene" Leistungen im häuslichen Umfeld oder in der Klinik (Vergütung analog PEPP-Systematik)</li> </ul>
Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH	Berlin	Berlin	01.01.2016	EP KJP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erprobung regionaler Versorgungskonzepte</li> <li>- Etablierung ganzheitlicher, am Patienten orientiert Versorgung</li> <li>- Flexible Versorgung mit voll-/teilstationären Leistungen und ambulanten Leistungen in der PIA sowie im Rahmen des amb. Hometreatment</li> <li>- Optimierung des Ressourceneinsatzes</li> <li>- Vermeidung von Fehlanreizen zur stationären Versorgung</li> </ul>

Gemeinsamer Bericht zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 4 Satz 8 KHG vom 28.06.2019

Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH	Bad Nauheim	Hessen	01.01.2016	EP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimierung sektorenübergreifender Leistungen durch ein innovatives Vergütungskonzept sowie die Weiterentwicklung des neuen Entgeltsystems</li> <li>- Stärkung stationsäquivalenter Behandlungsmöglichkeiten</li> <li>- Ermöglichung neuer Gestaltungsspielräume in der Versorgungskette</li> <li>- Herstellung der Leistungstransparenz durch patientenbezogene Abrechnung</li> <li>- Erhöhung der Akzeptanz der patientenorientierten psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Intervention</li> <li>- kontinuierliche Behandlung und Stabilisierung des Versicherten unter Berücksichtigung seines Umfeldes und Schaffung einer Behandlerkontinuität</li> </ul>
Vitos Klinikum Riedstadt	Riedstadt	Hessen	01.01.2016	EP KJP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimierung sektorenübergreifender Leistungen durch ein innovatives Vergütungskonzept sowie die Weiterentwicklung des neuen Entgeltsystems</li> <li>- Stärkung stationsäquivalenter Behandlungsmöglichkeiten</li> <li>- Ermöglichung neuer Gestaltungsspielräume in der Versorgungskette</li> <li>- Herstellung der Leistungstransparenz durch patientenbezogene Abrechnung</li> <li>- Erhöhung der Akzeptanz der patientenorientierten psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Intervention</li> <li>- kontinuierliche Behandlung und Stabilisierung des Versicherten unter Berücksichtigung seines Umfeldes und Schaffung einer Behandlerkontinuität</li> </ul>
Rheinische Kliniken Bonn	Bonn	Nordrhein-Westfalen	01.10.2016	EP KJP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erprobung regionaler Versorgungskonzepte</li> <li>- Minimierung des Umfangs der stationären Behandlung und Verbesserung des Übergangs zur ambulanten Versorgung</li> <li>- Verbesserung der Versorgungsqualität, Optimierung des Ressourceneinsatzes und Vermeidung von finanziellen Fehlanreizen</li> <li>- Etablierung der Behandlung durch stationsungebundene Leistungen</li> <li>- Untersuchung eines Entgeltsystems für sektorenübergreifende Leistungen</li> <li>- Impulse für die Weiterentwicklung des gegenwärtigen Systems geben durch neue Vergütungsformen</li> </ul>

Gemeinsamer Bericht zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 4 Satz 8 KHG vom 28.06.2019

Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH	Heidenheim	Baden-Württemberg	01.12.2016	EP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablierung einer ganzheitlichen, am Patienten orientierten Versorgung</li> <li>- Sicherstellung der Behandlungskontinuität der Patienten</li> <li>- Verbesserung der Versorgungsqualität gegenüber der Regelversorgung</li> <li>- Optimierung des Ressourceneinsatzes und Vermeidung finanzieller Fehlanreize</li> <li>- Verbesserung des Übergangs von der stationären zur ambulanten Versorgung</li> <li>- Ambulante Behandlung soll Vorrang vor der stationären Versorgung haben</li> <li>- Einführung einer Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment) als stationärsersetzende Leistung</li> </ul>
Universitätsklinikum Tübingen	Tübingen	Baden-Württemberg	01.10.2017	KJP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Störungen in der Modellregion</li> <li>- Optimierter Übergang aus der vollstationären in die ambulante Versorgung</li> <li>- Kern des Modellvorhabens: "Therapeutische Intensivbehandlung im Ambulanten Setting" (TIBAS) als stationärsersetzende Behandlung</li> <li>- Intensives Case Management (auch nach Entlassung) um wiederkehrende Krisen frühzeitig abzufangen</li> <li>- dadurch Vermeidung von Krankenhauseinweisungen</li> </ul>
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit	Mannheim	Baden-Württemberg	01.10.2018	EP KJP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erweiterung der am ZI Mannheim im Adoleszenten-zentrum für Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 – 24 Jahre bereits etablierten voll-, teilstationären oder ambulanten Behandlung um weitere Komponenten (normofrequente Zusatzpauschale, niederfrequente Gruppenpauschale, Tracking)</li> <li>- Ziele: Sicherstellung der Behandlungskontinuität, kontinuierliche Begleitung "Tracking" der Patienten, Verbesserung der sozialen Teilhabe der Patienten, Reduktion der stationären Aufenthalte</li> </ul>

EP = Erwachsenen-Psychiatrie; KJP = Kinder- und Jugend-Psychiatrie

Quelle: Zusammenstellung des InEK.

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

## 5.4 Finanzierung der Modellvorhaben

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

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

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

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

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

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

## 5.5 Gesetzliche Evaluation gemäß § 65 SGB V

### 5.5.1 Erläuterung

Die gesetzliche Evaluation der Modellvorhaben nach § 65 i. V. m. § 64b SGB V wird durch ein unabhängiges wissenschaftliches Konsortium bestehend aus der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden (Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung sowie Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie), dem Wissenschaftlichen Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG<sup>2</sup> GmbH) in Leipzig sowie dem Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMG) der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg durchgeführt.

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

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

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

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

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

### 5.5.2 Ergebnisse – Zwischenstand

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

### **5.6.1 Hintergrund**

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

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

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

### **5.6.2 Erste zusammenfassende Ergebnisse**

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

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

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

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

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

---

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

## **6. Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik**

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

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

Die Stellungnahmen sind im vollständigen Wortlaut im Anhang 5 beigefügt.

## 7. Fazit

### 7.1 Bewertung des GKV-Spitzenverbandes

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

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

#### **PEPP als Abschlagssystem führt nicht zur Leistungsgerechtigkeit**

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

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

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

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

### **Weiterhin fehlende Transparenz**

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

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

### **Kodierung und MDK-Prüfungen notwendig**

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

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

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

### **Personalausstattung nachweisen und Bemessungsinstrumente neu justieren**

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

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

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



### **Modellevaluation abwarten und PIA-Versorgung mittelfristig weiterentwickeln**

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

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

### **PEPP-Einführung gekennzeichnet von Widerständen und Unsicherheiten**

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

### **Empfehlung für den Deutschen Bundestag und die Bundesregierung**

Der GKV-Spitzenverband empfiehlt dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung

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

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

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

## 7.2 Bewertung der DKG

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

### Entwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems

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

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

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

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

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

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

### **Umsetzung der Psych-PV und Einführung von Personalmindestanforderungen**

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

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

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

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

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

### **PIA-Prüfauftrag**

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

### **Modellvorhaben**

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

## Anhang

- Anhang 1: Abschlussbericht der PEPP-Begleitforschung zum 1. Forschungszyklus
- Anhang 2: Gesetzliche Evaluation der Modellvorhaben – EVA 64
- Anhang 3: Evaluationen aus der Perspektive der Krankenhäuser zu den Modellprojekten gemäß § 64b SGB V
- Anhang 4: Anschreiben Stellungnahmeverfahren
- Anhang 5: Stellungnahmen der Fachverbände