



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Management im Gesundheitswesen – Krankenhausmanagement

ERLÖSSICHERUNG IM RAHMEN DES PAUSCHALIERENDEN ENTGELTSYSTEMS PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK (PEPP)

Master-Arbeit

zur

Erlangung des akademischen Grades
Master of Business Administration (MBA)

Vorgelegt von: Dr. Walter de Millas

Erstbetreuer: Prof. Dr. Roman F. Oppermann

Zweitbetreuer: Angelika Erz

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0185-6

Tag der Einreichung: 24.09.2020

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1. Einleitung.....	3
1.1 Die Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems	5
1.2 Möglichkeiten der Erlössteuerung durch PEPP	7
1.3 „Alles Neu“ ab 2020	7
2. Fragestellung	10
3. Zielsetzung	11
4. Methoden.....	12
4.1 PEPP-Methodik und Kennzahlen	13
5. Ergebnisse.....	16
5.1 Beschreibung der Untersuchungskollektive	16
5.2 Zugangswege zum Krankenhaus.....	18
5.3 Erlösergebnis für die beiden Kliniken im Vergleich 2013 / 2019	19
5.4 Das Erlösergebnis bei Anwendung der PEPP-Bedingungen.....	20
5.5 Nutzung des Day-Mix-Index (DMI) zur Erlössteuerung	22
6. Diskussion	25
6.1 Untersuchung der Behandlungskollektive im AVK und WBK.....	25
6.2 Zur Erlössituation im AVK und WBK vollstationär	29
6.3 Forschung zum PEPP-System.....	30
6.4 Der Psych-Krankenhausvergleich	33
6.5 Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)...	36
6.6 Psych-Krankenhausvergleich und PPP-RL – Implikation auf PEPP?	40
7. Zusammenfassung und Ausblick	41
Literaturverzeichnis.....	44
Eidesstattliche Erklärung	51

1. Einleitung

Eine Veröffentlichung in *The Lancet* bleibt für die meisten Forscherleben ein Wunschtraum; ist es doch eine der wichtigsten englischsprachigen Zeitschriften in der Medizin weltweit. Insofern ist es bemerkenswert, dass diese Ehre, dem deutschen pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) 2013 zuteilgeworden ist: „Financial reforms could worsen German psychiatric care“ (*Hübener, 2013*) ist der Artikel zum neuen deutschen Entgeltsystem überschrieben. Sieben Jahre später, zum 01.01.2020, wird erstmalig vollumfänglich die Vergütung der psychiatrischen vollstationären Versorgung gemäß PEPP erfolgen. Für die Psychiatrie stellt das eine bislang nicht gekannte Herausforderung dar. Während die somatischen Fachrichtungen bereits seit 2003 mit dem System der Diagnosis Related Groups (DRG) arbeiten, blieb die stationäre und teilstationäre Psychiatrie aus dem System ausgenommen und die Entgeltfestlegung erfolgte bislang im Rahmen der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung – BPfIV) (*siehe Bundespfllegesatzverordnung*). Diese Systematik wurde mit der Etablierung des neuen Abrechnungssystems verlassen.

Anders sieht es für den Bereich der vorgegebenen Personalausstattung aus. Hier wurden für die Somatik erstmals im März 2017 aus dem Gesundheitsministerium Personaluntergrenzen angekündigt, die dann in der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV) vom 05. Oktober 2018 für die Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie ihren Niederschlag fanden (*Bundesgesetzblatt 2018 I 34*). Eckdaten für die Personalausstattung in der Psychiatrie hingegen sind schon lange, nämlich seit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) (*siehe Psychiatrie-Personalverordnung*) gültig vom 01. Januar 1991 festgelegt, welche zum 31. Dezember 2019 auslief. An ihre Stelle trat die erstmalig am 19. September 2019 vom Gemeinsamen Bundesausschuss

(G-BA) vorgestellte Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie / PPP-RL). Diese Richtlinie wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit am 20. Dezember 2019 nicht beanstandet, so dass sie punktgenau am 31. Dezember 2019 im Bundesanzeiger veröffentlicht werden konnte (*Bundesanzeiger, 31.12.2019, B6*) und somit zum 01. Januar 2020 in Kraft trat.

Die Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH betreibt als größter kommunaler Klinikbetreiber sieben bettenführende Psychiatrien an Allgemeinkrankenhäusern. Im Einzelnen: Auguste-Viktoria-Klinikum, Humboldt-Klinikum, Klinikum Am Urban, Klinikum Kaulsdorf, Klinikum Neukölln, Klinikum Spandau, Wenckebach-Klinikum. Insgesamt werden dabei fast 1500 Behandlungsplätze voll- und teilstationär psychiatrisch sowie teilstationär psychosomatisch vorgehalten. Das Budget für diese Plätze wird als Gesamtbudget über alle Standorte hinweg ausgehandelt. Für 2013 geschah dies das letzte Mal nach der Logik der Pflegesätze, seitdem wurden die Budgetvereinbarungen gemäß der PEPP-Logik getroffen, zuletzt für das Jahr 2018. Die psychiatrischen Kliniken von Vivantes sind Teil der sektorierten Pflichtversorgung, was eine Besonderheit der Krankenhausbehandlung für das Fach Psychiatrie darstellt. Die Psychiatrischen Kliniken oder Abteilungen sind hiernach verpflichtet, für die Einwohner ihrer jeweiligen Versorgungsregion, stationäre Behandlungsplätze jederzeit zu garantieren. Für die Vivantes Psychiatrien wird üblicherweise ein Budget mit einer angenommenen Vollauslastung von 100% verhandelt, welches sich über die Jahre als realistisch gezeigt hat. Unter- oder Überschreitungen dürfen dabei konzernweit ausgeglichen werden. Aus dem so ausgehandelten Budget können dann die Pflegesätze für das Budgetjahr (bei der Abrechnung nach Pflegesatzlogik) oder die gültigen Basisentgeltwerte (bei der Abrechnung nach PEPP) für den Einzelfall gerechnet werden.

1.1 Die Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems

Beauftragt wurde das PEPP-Entgeltsystem durch den Gesetzgeber im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) im März 2009 gemäß § 17d im Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (*Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG*) bei den drei Selbstverwaltungspartnern: Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV), Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). In Anlehnung an das System der Somatik, welches seit 2005 mit der Einführung des DRG-Systems mit Fallpauschalen arbeitet, sollten die noch geltenden Pflegesätze in der Psychiatrie abgelöst werden. Ein erster Entwurf über die Ausgestaltung wurde am 30.11.2009 veröffentlicht (*GKV/PKV/DKG, 2009*). Hierin wurde sich darauf verständigt, erstmalig im Jahr 2013, ein „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen und erstmals für das Jahr 2013 budgetneutral umzusetzen“ (*ebenda, S.2*).

Im Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG) vom 21. Juli 2012 (*Bundesgesetzblatt 2012 I 35*) wurde dann deutlicher festgelegt, wie die finanzielle Seite aussehen soll. Nach einer Übergangszeit solle ein Landesbasisentgeltwert gefunden werden, um krankenhausespezifische Basisentgeltwerte, verlassen zu können. Da sich die drei Selbstverwaltungspartner nicht auf einen ersten PEPP-Entgeltkatalog einigen konnten, wurde dieser per Ersatzvornahme im November 2012 durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erlassen (*Bundesgesetzblatt 2012 I 54*). Hierin wurde auch festgelegt, dass zur Einstufung der jeweils geltenden Entgelte, Grupper-Programme einzusetzen sind, die zuvor vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zertifiziert worden sind. Somit konnte auf freiwilliger Basis mit dem PEPP-System zum 01.01.2013 begonnen werden. Idee war

eine budgetneutrale, freiwillige für 2013 und 2014, dann eine budgetneutrale, verpflichtende Übergangszeit von 2015 und 2016.

Offensichtlich der großen Kritik an der neuen Entgeltstruktur geschuldet, die bereits seit 2012 selten einhellig und kontinuierlich von Betroffenenvertretungen sowie den Vertretern der professionell in der Psychiatrie Tätigen vorgebracht wurde (*Vergleiche Meißner, 2012*) und die, wie eingangs erwähnt, sogar weltweit in der Fachwelt ihren Widerhall fand, musste bereits 2014 die budgetneutrale verpflichtende Übergangszeit auf die Jahre 2017 und 2018 verschoben werden (*Bundesgesetzblatt 2014 I 33*). Weitere Anpassungen vereinbarten die Selbstverwaltungspartner 2014: so wurden, „um einen erhöhten bzw. wechselnden Behandlungsaufwand im Verlauf einer Behandlung adäquat zu berücksichtigen, [...] ergänzend zu den PEPP-Tagespauschalen für besondere Leistungskomplexe tagesbezogene, ebenfalls pauschalierende Entgelte eingeführt“ (*DKV/PKV/DKG, 2014, S. 3*). Auch wurde die Methodik der Kalkulation der einzelnen PEPP-Bewertungsrelationen so verändert, dass große verweildauerbezogene Vergütungssprünge vermieden werden, sondern die Degression über die Verweildauer kontinuierlicher ist. Zudem wurde ab 2015 auch der Entlassungstag als voller Berechnungstag gezählt und nicht nur der Aufnahmetag.

Substanziell verändert hat sich das PEPP-System mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016 (*Bundesgesetzblatt 2016 I 63*). Der „Kurswechsel“ wurde von dem Bundesgesundheitsminister Herrmann Gröhe im Februar verkündet (*Bühning, 2016*). Mutmaßlich verantwortlich für diese Anpassung waren unter anderem eine Petition beim Deutschen Bundestag und regelmäßige, wöchentliche Demonstrationen ab November 2015 vor dem Bundesgesundheitsministerium in Berlin, aber auch deutschlandweit, alles weiterhin in seltener Eintracht getragen von Vertretenden der Patienten,

Angehörigen und Professionellen. Insbesondere wurde im PsychVVG die allseits befürchtete geplante Festlegung auf einen bundeseinheitlich geltenden (niedrigen) Landesbasisfallwert verlassen und damit den Verhandlungspartnern auf lokaler Ebene mehr Gestaltungsspielraum mit einem lokaleren leistungsbezogenen Krankenhausvergleich zugestanden. Weiterhin wurde die verpflichtende PEPP-Einführung um ein weiteres Jahr verschoben, die verpflichtende budgetneutrale Phase sollte erst 2018 beginnen und 2019 budgetneutral verbleiben. Ab 01.01.2019 sollte allerdings die Abrechnung verbindlich über PEPP-Entgelte erfolgen und über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) kontrolliert werden.

1.2 Möglichkeiten der Erlössteuerung durch PEPP

Neben den vielen Kritikern zur Einführung des PEPP gab es auch positive Stimmen aus der (privaten) Krankenhauslandschaft, da die Chance gesehen wurde, durch geschickte Steuerung der Patienten, geschickte Wahl der Behandlungsdiagnosen und Abrechnungscodes, Mehrerlöse in dem neuen Abrechnungssystem, im Vergleich zum alten Abrechnungssystem, zu generieren. Unstrittig stellt für die meisten psychiatrischen Krankenhäuser das neue Abrechnungssystem ein schwer kalkulierbarer Risikofaktor dar. Die Erlösentwicklung war zuvor über viele Jahre gut vorhersagbar. Für die Region West von Vivantes etwa, dem Wenckebach-Klinikum und dem Auguste-Viktoria-Klinikum, konnte über viele Jahre mit 100%-Belegung der psychiatrischen Betten kalkuliert werden. Dies konnte ohne größere Steuerungsmaßnahmen über ein Jahrzehnt erreicht werden.

1.3 „Alles Neu“ ab 2020

Ab dem 01.01.2020 soll nun das lange entwickelte PEPP budgetwirksam greifen. Im Windschatten kommen auf die psychiatrischen Krankenhäuser zeitgleich zwei weitere, fundamental wichtige – und weitaus weniger beachtete – Änderungen zu:

1. Der Leistungsvergleich: Am 13.03.2019 konnte die im PsychVVG vorgesehene *Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 9 BPfIV zu den näheren Einzelheiten des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4 BPfIV* (Psych-Krankenhausvergleichs-Vereinbarung) von den Selbstverwaltungspartnern unterzeichnet werden (GKV/PKV/DKG, 2019a). Mit diesem Instrument soll ab 2020 die Vergleichbarkeit der Krankenhäuser durch Datenlieferung an das InEK auf lokaler Ebene erreicht werden. Verbunden wurde dies mit einer Festlegung auf eine neue Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung gemäß der *Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung gemäß § 9 Absatz 1 Nummer 6 der Bundespflegesatzverordnung* (AEB-Psych-Vereinbarung) (GKV/PKV/DKG, 2019a). Diese wurde dann gerade noch rechtzeitig am 20.12.2019 beschlossen (GKV/PKV/DKG, 2019b). Soll heißen: Auf Landesebene wird der ursprünglich geplante bundesweite Krankenhausvergleich als lokaler Leistungsvergleich ausgestaltet. Konkrete vereinbarte Basisentgeltwerte (in Euro) der einzelnen Kliniken werden innerhalb des Bundeslands und auch für Gesamtdeutschland nachprüfbar. Sie sollen tagesaktuell bereitgestellt werden. Leistungen und Entgelte sollen so transparent für die Verhandlungspartner werden und Abweichungen gegenüber dem Durchschnitt je Bundesland müssen nun begründet werden. Sie sollen so die Vertragsparteien unterstützen, einen leistungsgerechten Gesamtbetrag zu vereinbaren. Die vereinbarte Personalausstattung sei gesondert nachzuweisen.

2. Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie / PPP-RL: Im Artikel 6 des PsychVVG war das Ende der altbekannten PsychPV versteckt. Zum 01.01.2020 gilt demnach die PPP-RL mit Mindestpersonalvorgaben, für die eine Nachweisverpflichtung besteht. „Die Mindestvorgaben sind darin erfüllt, wenn „der durchschnittliche Umsetzungsgrad für die Einrichtung über 100% ist und keine der Berufsgruppen in der Einrichtung einen Umsetzungsgrad unter 100% hat“ (Bundesanzeiger, § 7). Tatsächlich sieht die Übergangsfrist eine 85%ige

Erfüllung ab 2020, eine 90%ige ab 2022 und ab 2024 eine 100%ige Erfüllung vor. Diese Mindestvorgaben sind im Quartal und je Berufsgruppe auf Standortebene nachzuweisen. Außerdem muss künftig monatlich dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) der Nachweis der tatsächlichen abgeleisteten Vollkraftstunden mit Stationsbezug übermittelt werden. Im Falle der Nichterfüllung „entfällt der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gemäß §136 Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 137 Absatz 1 SGB V. Die Berechnung der konkreten Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs wird zum 30. Juni 2020 durch den G-BA beschlossen“ (*Bundesanzeiger*, § 13). Allein hier war man etwas zu optimistisch, sind doch, Stand September 2020, noch keine konkreten Zahlen veröffentlicht, allerdings geht man von der Rückzahlungspflicht des eingesparten Personals aus plus einer zusätzlichen Strafzahlung in Höhe von 30-40%. Damit wird erstmals nicht vorhandenes Personal teurer als vorhandenes.

2. Fragestellung

Die optimale Abrechnung einer behandelten Erkrankung, ist im pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik seit seiner Einführung als wesentlich für den wirtschaftlich gesunden Fortbestand einer Psychiatrischen Klinik ausgemacht worden. Die erzielbaren Erlöse im PEPP-System hängen von den abrechenbaren PEPP-Bewertungsrelationen ab, diese maßgeblich von den Diagnosen der Behandelten. Um Erlösoptimierung betreiben zu können, muss daher nach Möglichkeit das typische Behandlungskollektiv mit seiner Diagnosenverteilung bekannt sein. Auf Grundlage der vom Autor selbst angefertigten Forschungsarbeit zur Untersuchung zweier Patientenkollektive vor und nach Einführung von PEPP für das Wenckebach-Klinikum (*de Millas, 2020*) soll die Frage untersucht werden, ob die Patientenkollektive der gesamten Region West mit dem Vivantes Wenckebach-Klinikum und dem Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum konstant bleiben und wo Anknüpfungspunkte für eine optimierte Behandlungsplanung liegen könnten. Kritisch diskutiert werden soll dann die Frage, was die vorhandene Forschungsliteratur zur Sicherung der Erlöse beitragen kann. Weiterhin soll untersucht werden, ob mit der allerneusten vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgestellten Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal (PPP-RL) der Fokus auf das pauschalierende Entgeltsystem ausreicht und sinnvoll ist.

3. Zielsetzung

Wie in der Somatik das DRG-System bringt in der Psychiatrie das PEPP-System neue Herausforderungen für die Kliniken. Wo die Erlössicherung früher mit maximaler Auslastung der Betten geschehen konnte, ist durch das neue Entgeltsystem mit unterschiedlicher Gewichtung einzelner Behandlungsfälle, die Auslastung als Steuerungsvorgabe allein nicht mehr ausreichend. Zielsetzung der Arbeit ist auch langfristig, die Wirtschaftlichkeit der psychiatrischen Kliniken der Region West mit Auguste-Viktoria-Klinikum und Wenckebach-Klinikum zu sichern. Dies soll durch gute Kenntnis der jeweiligen Behandlungskollektive geschehen, um auf deren Chancen und Risiken reagieren zu können. Weiterhin sollen nach Möglichkeit aus anderen Forschungsergebnissen mögliche Rückschlüsse auf das eigene Behandlungskollektiv gefunden und diskutiert werden.

Schon seit der Einführung des PEPP, versuchen sich psychiatrische Kliniken in unterschiedlichem Ausmaß und mit unterschiedlicher Kraftanstrengung auf die neue Abrechnungsform einzustellen. Dafür wird einiges an personellen und finanziellen Ressourcen verwandt. Durch die eingeeengte Fokussierung auf PEPP, kann die Gefahr entstehen, dass dabei andere Erlösrisiken außer Acht gelassen werden. Ein weiteres Ziel der Arbeit ist daher, die neusten gesetzgeberischen Vorgaben zum Leistungsvergleich und zur Personalrichtlinie, kritisch zu würdigen. Auch die Konsequenzen dieser Neuregelung soll für die beiden Kliniken eingeordnet werden.

4. Methoden

In der durch den Autor angefertigten Forschungsarbeit wurden zwei Stichproben aus dem Patientengut der Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Vivantes Wenckebach-Klinikum und am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum untersucht, wobei die Auswertung in der Forschungsarbeit mit Fokus auf das Wenckebach-Klinikum erfolgte, für die vorliegende Arbeit wurden beide Standorte untersucht. Es handelt sich bei beiden Kliniken um Psychiatrien am Allgemeinkrankenhaus, welche gemeinsam den Pflichtversorgungsauftrag für den Bezirk Tempelhof-Schöneberg wahrnehmen. Der Bezirk Tempelhof-Schöneberg hat (Stand 31.12.2019) 350.948 Einwohner (*Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2020*). Die Zuständigkeit der psychiatrischen Krankenhäuser orientiert sich entlang der alten Berliner Bezirksgrenzen, ebenso die zuständige Amtsgerichtsbarkeit. Das Auguste-Viktoria-Klinikum ist somit für die Versorgung der Ortsteile Schöneberg und Friedenau zuständig mit 151.338 Einwohnern (Amtsgericht Schöneberg); das Wenckebach-Klinikum für die Versorgung der Ortsteile Tempelhof, Mariendorf, Marienfelde und Lichtenrade mit 199.646 Einwohnern (Amtsgericht Tempelhof-Kreuzberg). Das Auguste-Viktoria-Klinikum ist ein Klinikum der Schwerpunktversorgung, 692 Betten werden im Jahr 2020 vorgehalten, davon 95 Betten vollstationär-psychiatrisch. Das Wenckebach-Klinikum ist ein Klinikum der Grund- und Regelversorgung, von den gegenwärtig 443 Betten sind 97 Betten vollstationär-psychiatrisch geführt.

In den untersuchten Kliniken wurden je zwei Kohorten gebildet: Die erste Kohorte umfasste alle Patientinnen und Patienten, die in der Zeit vor der Einführung des neuen Entgeltsystems – vom 01.01.2013 bis 30.06.2013 – vollstationär aufgenommen wurden. Die zweite Kohorte umfasste jeweils die Patientinnen und Patienten, die nach der Etablierung und erstmaligen verpflichtenden Nutzung des neuen Entgeltsystems, jedoch noch ohne Budgetwirksamkeit – vom 01.01.2019 bis 30.06.2019 – vollstationär

aufgenommen wurden. (Als dritte Kohorte für die Masterarbeit war ursprünglich die Kohorte unter komplett budgetwirksamen Bedingungen, – vom 01.01.2020 bis 30.06.2020 – geplant. Diese konnte aber auf Grund der Covid-19-Pandemie und der dadurch notwendig gewordenen Veränderung der Belegungssteuerung ab der zweiten Märzwoche 2020 nicht mehr gebildet werden.) Die Datenerhebung war retrospektiv aus dem Klinikinformationssystem der Vivantes GmbH mit dem Stichtag 14.11.2019 erfolgt. Hierbei wurde darauf geachtet, dass aus den Daten sich weder Namen noch Geburtsdaten zuordnen lassen. Jedem Behandlungsfall in dem Zeitraum wurde eine Identifikationsnummer für die Person und Fallnummer neu zugeordnet, so dass die Möglichkeit zur Differenzierung zwischen Personen und Fällen weiter möglich blieb. Die erfassten Variablen waren: Alter, Geschlecht, aus Aufnahme- und Entlassungstag die Verweildauer, der Modus der Aufnahme sowie die Behandlungsdiagnose nach ICD-10. Diese wurden im Anschluss zu folgenden PEPP-analogen Kategorien zusammengefasst: Sucht, Psychotische Störungen, Affektive Störungen, Persönlichkeits- und Ess- Störungen, Organische Störungen. Neben Methoden der deskriptiven Statistik erfolgten Unterschiedstestungen mittels Chi-Quadrat-Test und T-Test für unabhängige Stichproben. Die Berechnungen erfolgten mit der Software SPSS Statistics Version 25.

4.1 PEPP-Methodik und Kennzahlen

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ist mit der kontinuierlichen Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems beauftragt. Mit Hilfe von Kalkulationskrankenhäusern, die ihre tagesbezogenen Kostendaten zur Verfügung stellen, wird jedes Jahr der Leistungsrahmen angepasst (*InEK, 2019*). Unabhängig davon sind alle abrechnenden Krankenhäuser zur Abgabe der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz verpflichtet. Neben den jährlichen Strukturdaten müssen da fallbezogene Leistungsdaten mit Patientenmerkmalen, Haupt- und Nebendiagnosen und Prozeduren (z.B. Therapieeinheiten zur Abrechnung bereitgestellt werden. Über die Grouper-Software wird dann

anhand einer definierten Entscheidungslogik nach kalkulatorischen Gesichtspunkten die PEPP in nachfolgender Notation präsentiert: Behandlungsbereich / Strukturgruppe / Diagnosegruppe / Ressourcen. Im vollstationären Erwachsenenbereich steht immer PA am Anfang, dann folgt die Behandlungsdiagnose in 01 bis 99 kodiert und dann der besondere Ressourcenverbrauch in vier Stufen A bis D kodiert, wobei je nach Diagnose nicht alle Stufen besetzt sind. Das Entgelt wird errechnet über die Bewertungsrelationen, die mit der Anzahl der Behandlungstage sinkt, bis zu einem Degressionsendpunkt, an dem die konstante Vergütung innerhalb einer PEPP einsetzt (und der für jede PEPP verschieden ist).

Erfolgt also durch den Grouper eine Eingruppierung in die PEPP PA03B, müssen die Berechnungstage des stationären Aufenthalts mit der im PEPP Entgeltkatalog 2019 hinterlegten – bundeseinheitlichen – Bewertungsrelation multipliziert werden und dann mit einem – krankenhausindividuell verhandelten – Basisentgeltwert (hier fiktiv angenommen 280 Euro) multipliziert. Beispiele:

PA03B -> 2 Behandlungstage: $2 \times 1,1938 \times 280 = 668,53 \text{ Euro}$

PA03B -> 21 Behandlungstage: $21 \times 0,9376 \times 280 = 5.513,09 \text{ Euro}$

Die wichtigsten Kennzahlen zur Steuerung der Erlöse sind: Der Case Mix (CM) als Summe aller Bewertungsrelationen und der Day Mix Index (DMI), der sich aus der Summe aller Bewertungsrelationen durch die Verweildauertage ergibt und eine durchschnittliche Tagesfallschwere abbildet. Bei der Aufschlüsselung dieser beiden Werte wird üblicherweise unterschieden in den CM und DMI vor Hinzuziehung der Ergänzenden Tagesentgelte (ET) und nach Hinzuziehung derselben. (Gelegentlich daher mit CM gesamt und DMI gesamt gekennzeichnet). In den ET wird ein höherer Betreuungsaufwand, etwa 1:1-Betreuung, abgebildet.

Das InEK normiert die Bewertungsrelationen aus den Kalkulationskrankenhäusern so, dass die Summe aller

Bewertungsrelationen aus der PEPP-Gruppierung teil- und vollstationär und die Summe aller Bewertungsrelationen aus den ET, der Summe der Pflage tage entspricht. Damit beträgt die durchschnittliche Bewertungsrelation je Tag inklusive der Ergänzenden Tagesentgelte 1,0000. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass es neben den ET noch Zusatzentgelte (ZE) gibt. Dies betrifft im Wesentlichen die Gabe von bestimmten teuren Medikamenten. Hiermit kann kein Erlös im eigentlichen Sinne gemacht werden, da die Vergabe des ZE an die Aufwendung gekoppelt ist, die die Kosten auslösen. Im Controlling spielen diese Zahlen somit keine entscheidende Rolle.

5. Ergebnisse

5.1 Beschreibung der Untersuchungskollektive

Zu Anfang sollen die für die Masterarbeit relevanten Ergebnisse aus der Forschungsarbeit des Autors kurz zusammengefasst werden. Für das Auguste-Viktoria-Klinikum (AVK) wurden im ersten Halbjahr 2019 822 analysierbare Fälle identifiziert, von denen 39,9% weiblich (328) und 60,1% männlich (491) waren. Dabei betrug das durchschnittliche Gesamalter 46,06 Jahre; 50,09 Jahre für die Patientinnen und 46,04 Jahre für die Patienten. Die Verweildauer betrug 18,66 Tage im Durchschnitt, hierbei 20,39 Tage für Patientinnen und 17,51 Tage für Patienten. Im ersten Halbjahr 2013 waren 8,5% mehr Fälle behandelt worden, nämlich 892. Davon waren 39,5% (352) weiblich und 60,5% (540) männlich. Das durchschnittliche Patientenalter betrug 46,05 Jahre; 48,41 Jahre das der Patientinnen und 44,56 Jahre das der Patienten. Die Verweildauer betrug im Durchschnitt 9,4% länger. Somit 20,47 Tage im Durchschnitt, hierbei 22,34 Tage für Patientinnen und 19,30 Tage für Patienten.

Die PEPP-Logik gruppiert einzelne Behandlungsdiagnosen nach ICD-10 in möglichst kostenhomogene Abrechnungsgruppen. Diese waren in 2013 – vor PEPP – nicht etabliert. Aus den vorliegenden Behandlungshaupt- (=Abrechnungs-) Diagnosen konnten diese nachträglich den PEPP-Diagnosegruppen zugeordnet werden. Für die Kohorte aus 2019 – unter PEPP-Bedingungen – lagen diese Diagnosegruppen bereits vor. Die Zusammensetzung beider Kollektive aus dem AVK vor und nach Einführung des PEPP 2013/2019 zeigte sich stabil und unterschieden sich nicht signifikant. Zur Verteilung der Gruppen siehe Tabelle 1.

Diagnosegruppe	2013	2019
PA02 – Sucht:	46,97%	46,96%
P03 – Psychotische Störungen	30,6%	27%
PA04 – Affektive Störungen	16,14%	16,9%
PA14 – Persönlichkeits- und Ess-Störungen	0,4%	2,3%
PA15 – Organische Störungen	5,8%	5,8%

Tabelle 1: Verteilung der Diagnosengruppen 2013 und 2019 im AVK

Für das Wenckebach-Klinikum (WBK) wurden im ersten Halbjahr 2019 897 Fälle identifiziert. Von diesen waren 39,1% (351) weiblich und 60,9% (546) männlich. Dabei betrug das durchschnittliche Gesamalter 48,48 Jahre. Das durchschnittliche Alter der Patientinnen betrug 52,28 Jahre, das der Patienten 47,03 Jahre, wobei die Verweildauer bei den Patientinnen im Schnitt 20,41 Tage betrug, die der Patienten 13,78 Tage; die Gesamtverweildauer lag im Schnitt bei 16,38 Tagen. Im ersten Halbjahr 2013 waren von den 795 Fällen 50,06% (398) weiblich und 49,04% (397) männlich. Das durchschnittliche Alter betrug 49,70 Jahre, dabei das der Patientinnen 52,42 Jahre, das der Patienten 47,31 Jahre. Die Verweildauer betrug 22,25 Tage durchschnittlich, die der Frauen 24,74 Tage, die der Männer dabei 19,75 Tage. Im Vergleich zu 2013 stieg im Jahr 2019 die Fallzahl um 12,9%, die Verweildauer sank dabei um 26,4%. Anders als im Auguste-Viktoria-Klinikum – und anders als vor Beginn der Forschungsarbeit angenommen – unterschieden sich die beiden Kollektive von 2013 und 2019 im Wenckebach-Klinikum signifikant: Die Geschlechterverteilung in den Behandlungskollektiven (Chi-Quadrat-Test $p < 0,001$); die Durchschnittliche Behandlungsdauer, sowohl für das Gesamtkollektiv als auch für die Geschlechter getrennt (T-Test $p < 0,001$). Keine signifikanten Unterschiede gab es beim durchschnittlichen Behandlungsalter der Kollektive und der Verteilung des Behandlungsalters zwischen den Geschlechtern. Parallel zu dem Vorgehen im Auguste-Viktoria-Klinikum wurden auch für das Wenckebach-Klinikum PEPP-Diagnosegruppen aufgeschlüsselt, die hier signifikant unterschiedlich waren ($p < 0,05$ [0,023]), es war zu einer Verschiebung von Affektiven Störungen zur Sucht gekommen, siehe Tabelle 2.

Diagnosegruppe	2013	2019
PA02 – Sucht:	42,2%	49,5%
P03 – Psychotische Störungen	16,4%	14,6%
PA04 – Affektive Störungen	27,9%	23,1%
PA14 – Persönlichkeits- und Ess-Störungen	5,0%	3,3%
PA15 – Organische Störungen	7,5%	9,0%

Tabelle 2: Verteilung der Diagnosengruppen 2013 und 2019 im WBK

5.2 Zugangswege zum Krankenhaus

Der Versorgungsverpflichtung geschuldet sind die meisten Aufnahmen in beiden Kliniken über eine Notfallsituation, entweder direkt selbstständig oder über Rettungswagen, Polizei, Krankentransportwagen. Außerdem gibt es auch fachärztliche (= nervenärztliche) und hausärztliche Einweisungen. Der Tabelle 3 können die Zugangswege in den Jahren 2013 und 2019 für die beiden Kliniken entnommen werden. Man beachte vor allem den deutlichen Anstieg der Einweisungen durch Fachärzte im Wenckebach-Klinikum 2019.

Jahr	AVK		WBK	
	2013	2019	2013	2019
Facharzteinweisung	115	145	150	222
Hausarzteinweisung	8	5	3	1
Krankentransportwagen	40	49	97	53
Notarztwagen	1	4	1	6
Polizei	39	35	28	33
Rettungswagen	148	222	198	223
Selbstvorstellung	541	362	318	359
Gesamtergebnis	892	822	795	897

Tabelle 3: Art des Zugangs ins Krankenhaus unterteilt für AVK und WBK

Zur Illustration der untersuchten unterschiedlichen Behandlungskollektive mit den unterschiedlichen PEPP-Diagnosengruppen soll Abbildung 1 dienen. Die beiden Vivantes Krankenhäuser AVK und WBK versorgen gemeinsam den Bezirk Tempelhof-Schöneberg und teilen sich zwar seit 2017 auch die Leitungsebene mit Chefarzt und Bereichspflegeleitung, sind aber, wie jedes psychiatrische Krankenhaus, eng mit ihrer langjährigen Versorgungstradition verknüpft. Auch ist die bezirkliche Zuordnung in Tempelhof und Schöneberg nicht aufgehoben. Trotz der unerwarteten signifikanten Veränderung des Kollektivs im WBK vom Jahr 2013 zum Jahr 2019 finden sich in der Gegenüberstellung aller Diagnosegruppen noch Tendenzen in der Zuordnung der Abrechnungs-PEPP dahingehend, dass im Wenckebach-Klinikum vermehrt Affektive Störungen behandelt werden und im Auguste-Viktoria-Klinikum mehr Schizophrene Störungen.

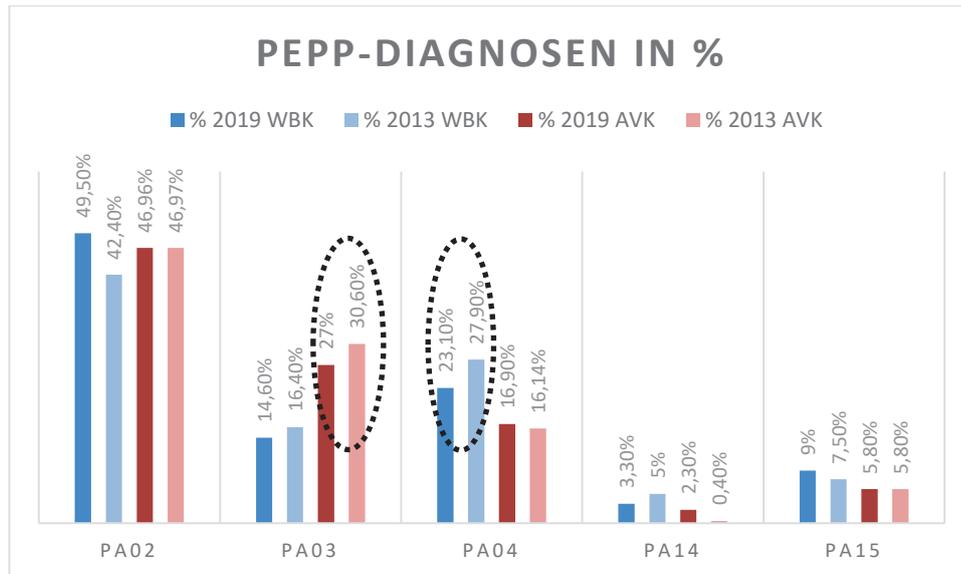


Abbildung 1: Verteilung der Diagnosegruppen nach PEPP im AVK (rote Balken) und WBK (blaue Balken) in den untersuchten Patientenkollektiven aus jeweils dem ersten Halbjahr der Jahre 2013 und 2019

5.3 Erlösergebnis für die beiden Kliniken im Vergleich 2013 / 2019

Für das Wenckebach-Klinikum konnte auf Kalkulationen aus der Forschungsarbeit des Autors zurückgegriffen werden. Für die im ersten Halbjahr 2019 aufgenommenen Fälle fielen 15.565 Abrechnungstage an. Im Vergleich 2013: Die 795 zwischen dem 01.01.2013 und 30.06.2013 aufgenommenen Fälle verursachten 17.720 Abrechnungstage. Somit wären nach dem alten Pflegesatz-Konzept für das erste Halbjahr nur 87,8% der Erlöse von 2013 zu erwarten gewesen. *(Für detaillierte Ausführungen siehe de Millas, 2020).*

Für das Auguste-Viktoria-Klinikum mussten die Erlöse aus dem vorliegenden Datenmaterial neu berechnet werden. Für die zwischen dem 01.01.2019 und 30.06.2019 aufgenommenen Fälle fielen insgesamt 16.106 Abrechnungstage an, 541 mehr als im WBK. Im Vergleich 2013: Die 892 zwischen dem 01.01. und 30.06.2013 aufgenommenen Fälle verursachten 18.297 Abrechnungstage. Nach dem alten Pflegesatz-Konzept wären für das erste Halbjahr so ebenfalls nur 88% der Erlöse von 2013 zu erwarten gewesen.

In Annäherung an einen Geldwert kann man orientierend mit dem letztgültigen Pflegesatz aus 2018 rechnen. Die dafür ansetzbare Entgeltsumme setzt sich aus der Logik „Abteilungspflegesatz plus Basispflegesatz“ zusammen: Basispflegesatz 95,22 plus Abteilungspflegesatz 222,98; somit würde ein Erlöstag 318,20 Euro erbringen. Mit dem vorhandenen 2019er-Kollektiv hätten also 4.952.783 Euro Erlöst werden können für das WBK und 5.124.929 Euro für das AVK.

5.4 Das Erlösergebnis bei Anwendung der PEPP-Bedingungen

Die Budgetneutrale Phase für die Abrechnung unter PEPP lief bis zum Ende des Jahres 2019, verpflichtend für alle Kliniken war sie ab 2018. Vivantes hatte formal ab 2014 optiert an der PEPP-Abrechnung teilzunehmen, ab dem 01.01.2015 wurde die PEPP-Abrechnung bei Vivantes dann in allen Standorten umgesetzt. Da die PEPP-Eingruppierung auf Fallebene nur mit einer InEK-zertifizierten Grouper-Software für genau ein PEPP-Abrechnungsjahr möglich ist, kann nicht nachträglich das Kollektiv aus 2013 mit der PEPP-Entgeltlogik untersucht werden. Insofern muss die Auswertung sich auf das Kollektiv aus 2019 beschränken. Für die Auswertung muss dabei auf die Berichte aus dem Controlling zurückgegriffen werden. Aus diesen kann für das AVK ein Case-Mix (Gesamtbewertungsrelation) für den vollstationären Bereich inklusiver der Ergänzenden Tagesentgelte von 18.297 eruiert werden, für das WBK 18.135 Punkte. Hier ist es notwendig zu wissen, dass die Controlling-Berichte immer in dem entsprechenden Zeitraum entlassene Patientinnen und Patienten aufführen. Dies steht im Kontrast zu dem oben untersuchten Kollektiv, in dem der Aufnahmezeitpunkt ausschlaggebend war.

[Auf der Ebene der Pflegesatztage: Im AVK werden 17.501 Pflegesatz-Tage berichtet bei 810 Fällen. Im WBK werden 17.223 Pflegesatz-Tage berichtet bei 913 Fällen. Wenn man mit dem oben genutzten Pflegesatz rechnet, würde somit ein Mehrerlös von $(278 \times 318,20 =)$ 88.460 Euro im AVK erzielt werden können.]

Parallel zu dem mehr an Abrechnungstagen nach der alten Abrechnungslogik wurden somit im AVK auch mehr CM-Punkte erzielt. Da das Budget von 2019, Stand September 2020, noch nicht verhandelt ist – die Budgetgespräche erfolgen bei Vivantes immer retrospektiv – kann noch nicht mit sicheren Zahlen gearbeitet werden. Orientierend an der Verhandlung von 2018, kann ein Basisentgeltwert von ca. 280 Euro angenommen werden. Mit diesem – fiktiven – Wert gerechnet käme das AVK auf einen Erlös von $(18.297 \times 280 =)$ 5.123.160 Euro und das WBK auf einen Erlös von $(18.135 \times 280 =)$ 5.077.800 Euro. Unter Ansatz der PEPP-Kalkulation könnte also ein Mehrerlös von 162 Bewertungsrelationen entsprechend 45.360 Euro im AVK erreicht werden.

Wenn man diese Zahlen vorsichtig, da es sich nur um einen fiktiven Wert handelt, mit den Erlösen gemäß Pflegesatz vergleicht, sieht man, dass der PEPP-Erlös im AVK dem Pflegesatz-Erlös in etwa entsprechen würde: 5.124.929 zu 5.123.160 Euro; der PEPP-Erlös im WBK im Vergleich zum Pflegesatz-Erlös besser wäre: 4.952.783 zu 5.077.800 Euro.

Aus den Zahlen lässt sich ablesen, dass im WBK die Fallzahlsteigerung mit Verweildauersenkung zur Erlössicherung half, wobei offensichtlich nicht alle Bettenressourcen genutzt werden konnten, so dass die Zielbelegung mit 100% nicht erreicht worden war. Für das AVK konnte ebenfalls eine Verweildauersenkung festgestellt werden. Im Unterschied zum WBK war die Fallzahl niedriger geworden – bei auffallend hohen Ausgangswert im Jahr 2013.

5.5 Nutzung des Day-Mix-Index (DMI) zur Erlössteuerung

Der DMI gibt Auskunft über die Bewertungsrelation pro Tag und errechnet sich aus dem Quotienten Bewertungsrelationen / PEPP-Behandlungstage. Für das AVK lässt sich ein DMI von $(18.297:18.251=)$ 1,0025 aus dem Bericht entnehmen. Für das WBK ein DMI von $(18.135:18.054=)$ 1,0045. Dieses gute DMI-Halbjahresergebnis, ist für das Wenckebach-Klinikum außergewöhnlich, zählt es doch Diagnosen-strukturbedingt zu den eher DMI-schwächeren Kliniken. Dies ergibt sich aus der unterschiedlichen „Wertigkeit“ der Diagnosen im PEPP-System, die dann in unterschiedliche PEPP münden und sich dann in unterschiedlichen DMI widerspiegeln. Getriggert ist der DMI besonders durch die Art der behandelten Hauptdiagnose. In der Analyse des PEPP-Entgeltkatalogs 2019 kann man – mit Einschränkungen – eine „Reihung“ der Diagnosen nach möglichem Ertrag vornehmen. Das Ergebnis ist dann in absteigender Reihenfolge: PA15 Organische Störungen (inklusive Demenzen), dann PA02 Sucht, PA03 Psychotische Störungen, PA04 Affektive Störungen, PA14 Persönlichkeits- und Ess-Störungen (wobei PA14 und PA04 ab einer Behandlungszeit von etwa 14 Tagen ihre Plätze tauschen).

Aus dieser Aufstellung ergibt sich, dass prinzipiell – auf Grund der üblichen Verteilung der PEPP-Diagnosen – das Ergebnis im AVK günstiger als im WBK erwartet werden kann. Dies kann man als erste Näherung betrachten, da in den Diagnosegruppen die jeweilige Fallschwere auch eine Rolle spielt. Zur Illustration sind exemplarisch in Tabelle 3 die Diagnosegruppen für das erste Halbjahr 2019 im WBK gemäß ihrer Schweregrade aufgeteilt. Die Beschreibung der Schweregrade folgt dem PEPP-Entgeltkatalog für 2019 (*nach de Millas, 2020*).

PEPP	Anzahl	Beschreibung der PEPP-Eingruppierung
P003B	1	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung, Krisenintervention und komplexer Entlassaufwand mit sehr hohem Aufwand oder mit schwerer oder schwerster Pflegebedürftigkeit oder mit Intensivbehandlung
PA01A	1	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend mit komplizierender Konstellation
PA01B	1	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ohne komplizierende Konstellation
PA02A	13	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotr. Subst. mit Heroinkon. od. intrav. Gebrauch sonst. Subst. od. mit schw. Begleiterkr. bei Opiatabh. od. mit schw. od. schwerster Pflegebedürft. od. mit hoher Therapieintens. od. mit hohem Betreuungsaufw.
PA02B	93	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen mit komplizierender Konstellation oder mit multiplem Substanzmissbrauch bei Opiat- oder Kokainkonsum oder mit hoher Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting
PA02C	159	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Alter > 64 Jahre oder mit Qualifiziertem Entzug ab mehr als 14 Behandlungstagen oder mit komplizierender Konstellation oder mit multiplem Substanzmissbrauch außer bei Opiat- und Kokainkonsum
PA02D	179	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne Heroinkonsum oder intravenösen Gebrauch sonstiger Substanzen, ohne Qualifizierten Entzug ab mehr als 14 Behandlungstagen
PA03A	34	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting
PA03B	97	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
PA04A	23	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität
PA04B	49	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 85 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit Mutter/Vater-Kind-Setting oder mit komplizierender Diagnose oder mit erheblicher Pflegebedürftigkeit oder Alter > 64 Jahre
PA04C	135	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplizierende Diagnose, ohne erhebliche Pflegebedürftigkeit
PA14A	7	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen und andere Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität oder mit erheblicher Pflegebedürftigkeit
PA14B	23	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen und andere Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne hohe Therapieintensität, ohne erhebliche Pflegebedürftigkeit
PA15A	28	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität oder 1:1-Betreuung mit erhöhtem Aufwand
PA15B	49	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems mit bestimmten Demenzerkrankungen oder mit komplizierender Konstellation oder Alter > 84 Jahre
PA15C	4	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne bestimmte Demenzerkrankungen, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 85 Jahre
PA16Z	1	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten

Tabelle 3: Diagnosengruppen Halbjahr 2019 WBK nach Schweregraden aufgeteilt

Zum Jahresende 2019 hat sich der „DMI-Halbjahres-Ausreißer“ im WBK gegenüber dem AVK erwartungsgemäß wieder angeglichen. Im Jahresergebnis für 2019 hat das AVK 1.586 Fälle, einen CM-gesamt von 38.985 Bewertungsrelationen und einen DMI-gesamt von 1,075. Das WBK wiederum hat im Jahresergebnis für 2019 1.780 Fälle bei einem CM-gesamt von 38.050 Bewertungsrelationen und einem DMI-gesamt von 1,046. (Zum Vergleich das Vivantes-Gesamtergebnis: 17.823 Fälle bei einem CM-gesamt von 400.637 und einem DMI von 1,076.)

Seit 2015 nimmt Vivantes an der Abrechnung nach PEPP teil. Aus dem Medizincontrolling konnte die Verteilung der PEPP-Eingruppierung über die Jahre 2015 bis 2019 für das AVK und das WBK ermittelt werden. In Tabelle 4 kann die Gesamtfallzahl und die prozentuale Verteilung der PEPP überblickt werden, eingefügt die Zahlen aus dem untersuchten Kollektiv.

Behandlungsjahr	2015	2016	2017	2018	[Kollektiv]	2019
AVK Gesamtfälle	1491	1517	1493	1577	[822]	1580
PEPP-Eingruppierung						
PA02	48,5%	44,0%	44,5%	45,2%	[46,96]	47,8%
PA03	27,0%	30,1%	30,5%	28,9%	[27]	24,4%
PA04	16,4%	17,6%	16,3%	16,3%	[16,9]	16,6%
PA14	0,5%	1,6%	1,1%	1,8%	[2,3]	2,8%
PA15	7,0%	5,7%	6,8%	7,0%	[5,8]	7,2%
Behandlungsjahr	2015	2016	2017	2018	[Kollektiv]	2019
WBK Gesamtfälle	1340	1464	1362	1575	[897]	1762
PEPP-Eingruppierung						
PA02	46,0%	46,8%	41,8%	44,5%	[49,5]	47,8%
PA03	17,8%	15,8%	18,0%	18,7%	[14,6]	15,5%
PA04	25,6%	25,1%	28,7%	26,1%	[23,1]	24,9%
PA14	2,8%	2,7%	2,3%	3,4%	[3,3]	3,2%
PA15	7,7%	9,2%	8,7%	7,2%	[9,0]	8,4%

Tabelle 4: PEPP-Eingruppierung und Gesamtfallzahl im AVK (oben) und WBK (unten) von 2015 bis 2019. Grau in eckigen Klammern die Daten aus dem untersuchten Halbjahreskollektiv von 2019

6. Diskussion

6.1 Untersuchung der Behandlungskollektive im AVK und WBK

Mit dem pauschalierenden Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), kommt es zu neuen Herausforderungen für die psychiatrischen Kliniken. Da das Entgeltsystem für unterschiedliche Diagnosen auch eine unterschiedliche Vergütung vorsieht, wird es für die Kliniken immer wichtiger, das eigene Behandlungsklientel gut zu kennen. Dieses differiert von Klinik zu Klinik, vor allem in Abhängigkeit davon, ob die Klinik einen Pflichtversorgungsauftrag hat oder sie nur elektiv Patienten aufnimmt. Sehr selten kommt es zu einem Wechsel der Versorgungsform. *Bschor et al. (2017)* beschrieben in der einzigen in der Literatur verfügbaren Arbeit den Wechsel von einer psychiatrischen Klinik am Allgemeinkrankenhaus ohne stationäre Behandlungsverpflichtung zu einer Klinik mit stationärer Behandlungsverpflichtung. Dabei fanden sich signifikante Wechsel des Behandlungsdiagnosen-Spektrums, des Absinkens der Verweildauer von 35 auf 27 Tage und des durchschnittlichen Behandlungsalters von 50 auf 48 Jahre, wobei die Geschlechterverteilung mit einem Anteil von etwa 42% männlichen Patienten stabil blieb. Die Untersuchung fand in den Jahren 2008 gegenüber 2010 in Berlin statt, wobei die beiden Kollektive anhand der Basisdokumentation Psychiatrie (kurz Bado, einer verpflichtenden Dokumentation mit sozialpsychiatrischen Eckdaten) verglichen wurde. Vergütungsparameter spielten dabei keine Rolle. Prinzipiell wird davon ausgegangen, dass in Krankenhäusern mit Pflichtversorgung das Kollektiv von Jahr zu Jahr relativ stabil ist, da sich die Bevölkerungszusammensetzung in einem Einzugsgebiet eher über einen längeren Zeitraum ändert. Dies legen auch die Untersuchungen von *Godemann et al. (2015)* nahe: In einer Untersuchung aus der Versorgungsrelevante Indikatoren in der Psychiatrie und Psychosomatik (VIPP) – Datenbank wurden §-21-Daten aus 47 psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, die am VIPP-Projekt teilnehmen, untersucht. Der §-21-Datensatz ist ein definierter Datensatz mit Strukturmerkmalen, der einmal jährlich an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

übermittelt werden muss. In dieser Untersuchung kann gezeigt werden, dass die Kliniken mit regionaler Pflichtversorgung und ohne diese strukturell verschieden sind. Die Daten sind allerdings nur aus einem Jahr (2014), so dass kein Rückschluss über die Veränderung in einem einzelnen Krankenhaus getroffen werden kann. Was gezeigt werden kann: In Versorgungskrankenhäusern werden schwerer kranke Patientinnen und Patienten behandelt. Dies spiegelt sich auf der Erlösseite in höheren tagesbezogenen Bewertungen („day mix index“, DMI) wider. Der DMI zeigte sich insbesondere höher für außerhalb der Kernarbeitszeit aufgenommene Patientinnen und Patienten. Ganz bewusst wurde hier der Erlösaspekt diskutiert mit der Befürchtung, dass der Mehrerlös der akuterer Behandlungskollektive den Mehraufwand dennoch nicht ausreichend abbildet im neuen PEPP-System.

Die Forschungsarbeit des Autors (*de Millas, 2020*) in der zwei Kollektive vor und nach Einführung des PEPP im Wenckebach-Klinikum (WBK) verglichen wurden, hatte die Eingangshypothese, dass die Kollektive über die Zeit stabil bleiben. Sie verglich das letzte Halbjahres-Vor-PEPP-Kollektiv 2013 mit dem ersten Halbjahres-Pflicht-PEPP-Kollektiv 2019. Widererwarten konnten im WBK signifikante Unterschiede in der Geschlechterverteilung, der Behandlungsdauer und – weit wichtiger – bei den Behandlungsdiagnosen gefunden werden. Für die aktuelle Arbeit wurde der Blick auf das AVK ergänzt. Durch die Ausgestaltung des PEPP-Systems kommt es für die Kliniken darauf an, dass Patientengut der Klinik gut zu kennen. Nicht nur, wie schon seit langem, um die medizinischen Angebote zielgerichtet anbieten zu können, sondern, weil jetzt die Behandlungsdiagnosen im PEPP-System einen entscheidenden Einfluss auf Case-Mix (CM) und DMI hat. Die beschriebenen Unterschiede zeigten sich innerhalb des WBK 2013 und 2019. Im Vergleich des WBK mit dem AVK wiederum blieb die ungünstigere – da weniger CM gesamt und niedrigeren DMI erzielende – Ausgangs-Diagnosenverteilung bestehen. Aus dem Medizincontrolling konnten nachfolgend die Zeitreihen mit der

Entwicklung der Behandlungsdiagnosen ab dem Beginn der PEPP-Kodierung herausgearbeitet werden, die die Unterschiede in den Kollektiven des AVK und WBK eindrücklich bestätigt. Insofern müssen die Ergebnisse in zwei Richtungen interpretiert werden:

Einerseits gibt es stabile Patientenkollektive, die sich vor allem aus dem zu versorgenden Bezirk ableiten, wie von *Godemann et al. (2015)*, *Bschor et al. (2017)* und auch *Bichescu-Burian et al. (2017)* diskutiert. Diesen ist man als Versorgungskrankenhaus mit all seinen Vor- und Nachteilen „ausgeliefert“. Hier macht es also Sinn zu versuchen, optimierte Behandlungspfade anzuwenden, die insbesondere die Verweildauer adressieren und / oder darauf zu achten, die Fallschwere in den Fällen mit langen Aufenthalten, nicht niedrig werden zu lassen. Dabei änderte sich natürlich zwischen 2013 und 2019 auch die Bevölkerungszahlen. Darüber lassen sich die Veränderung der Behandlungskollektive jedoch nicht erklären: Im Bereich Tempelhof wuchs die Bevölkerung von 188.917 im Jahr 2013 um 10.729 auf 199.646 im Jahr 2018 (plus 5,7%). In Schöneberg wuchs die Bevölkerung 142.905 im Jahr 2013 um 8.433 auf 151.338 im Jahr 2018 (plus 5,9%) (*Amt für Statistik, 2019*). Ausgehend von diesen Zahlen hätte man allenfalls eine Fallzahlsteigerung in dieser Ausprägung erklären können. Allerdings stieg die Fallzahl im WBK um 12,9%, während sie im AVK um 7,8% sank. Auch, dass nur alkoholranke Menschen in den Bezirk des WBK gezogen seien könnten, scheint nicht plausibel.

Vielmehr kann man zur zweiten Interpretation kommen, dass es sehr wohl möglich ist, auch kurzfristig Flexibilität in der Belegungssteuerung von manchen Versorgungsbereichen zu erzielen. Vor diesem Hintergrund muss der Begriff der Versorgungsverpflichtung noch einmal erläutert werden: Die Verpflichtung bezieht sich darauf, dass die in dem Bezirk lebenden Menschen versorgt werden müssen, nicht aber, dass nur Menschen aus dem Bezirk behandelt werden dürfen. Die absolute Mehrheit der Aufnahmen in beide Kliniken erfolgt notfallmäßig und nur eine relativ

geringere Anzahl der Aufnahmebedürftigen wird mit einer Facharzteinweisung geschickt. Im Suchtbereich allerdings stellt sich das berlinweit anders dar. Natürlich gibt es auch da notfallmäßige Aufnahmen, insbesondere in akuten Entzugssituationen, es gibt aber parallel ein Procedere zur Aufnahme, welches die Bezirksgrenze außer Acht lässt. Dieses erfordert dann immer eine Einweisung und Kostenübernahme, so dass die stark gestiegene Elektivquote im WBK im ersten Halbjahr 2019, dem geschuldet zu sein scheint. Auch das Absinken der Behandlungsdauer mag dem geschuldet sein, ist doch die Suchtbehandlung generell die kürzeste Behandlung im Vergleich mit anderen psychiatrischen Behandlungen (*Gopalakrishna, 2015*).

Neben dem „unveränderlichen Bezirk“ einerseits gibt es also offensichtlich andererseits Steuerungsmöglichkeiten von Elektivaufnahmen insbesondere im Suchtbereich. Diese wurden im WBK sehr aktiv betrieben, um mögliche Erlösverluste auszugleichen. Nicht untersucht wurde in der Arbeit, ob die Zunahme der Halbjahreszahlen für die Sucht auch die signifikante Zunahme der Behandlung von Männern im Vergleich zu Frauen erklärt, was allerdings durchaus plausibel wäre. Die beschriebene Maßnahme zur Steuerung kommt dabei nur in Betracht, wenn die Belegung nicht schon aus dem Bezirk vollumfänglich ausgeschöpft ist. Dies war sie in dem untersuchten halben Jahr für keine der beiden Kliniken. Trotz der deutlichen Verweildauersenkung herrschte offensichtlich kein „Bettendruck“, so dass diskutiert werden kann, dass als weiterer, zusätzlicher Steuerungsmechanismus Patientinnen und Patienten weniger kritisch aufgenommen wurden. Diese verblieben dann nur eine kurze Zeit, um dann zeitnah die Klinik wieder zu verlassen. Ein gewisser „Bettendruck“ ist notwendig, damit eine Belegungssteuerung überhaupt Sinn ergibt. Trotz der degressiven Entwicklung der Bewertungsrelation pro Tag, ist die Nichtbelegung eines Bettes immer die verlustreichste Variante; anders formuliert: die DMI-Steigerung ist nur hilfreich, wenn ein leeres Bett umgehend wieder gefüllt werden kann, sonst leidet der CM.

6.2 Zur Erlössituation im AVK und WBK vollstationär

Neben der Annahme, dass die Behandlungskollektive über die Jahre konstant sind, wurde vor der Forschungsarbeit die Annahme getroffen, dass das alte Abrechnungssystem mit Tagessätzen für die untersuchten Kliniken günstiger sein würde. In den untersuchten ersten sechs Monaten des Jahres 2019 ließ sich dies im Vergleich zu den Kohorten im Jahr 2013 nicht zeigen. Für beide Kliniken waren nach der Pflegesatzlogik nur 88% der Erlöse von 2013 im Jahr 2019 zu erwarten. Eine wahrscheinliche Erklärung dafür ist, dass die psychiatrische Behandlung in diesem Zeitraum weniger nachgefragt war, einer nicht steuerbaren Schwankung unterworfen. Diese zufällige Belegungsschwankung lassen auch die weiter unten ausführlicher erläuterten Daten zur *Begleitforschung (2020)* vermuten. Es kann weiterhin diskutiert werden, dass der Vergleich mit Hilfe der Pflegesatzlogik nicht mehr sinnvoll greift, da die Kliniken schon zu sehr an das neue System adaptiert haben, zumal es seit 2015 schon eingeübt wird. Somit konnte auch die Annahme der Forschungsarbeit, dass es für das Patientenkollektiv 2019 im WBK ungünstiger ist, unter PEPP-Bedingungen abgerechnet zu werden, nicht bestätigt werden. Im Gegenteil: die Zunahme der Fallzahl konnte einen größeren Erlösverlust besser kompensieren als dies unter Pflegesatzbedingungen möglich gewesen wäre.

Das lässt sich aus den vom Standortcontrolling bereitgestellten Abrechnungsberichten der PEPP-Daten herausarbeiten. Dabei sind diese im Unterschied zu den Daten der Arbeit mit dem Entlass- und nicht Aufnahmezeitpunkt berechnet, weshalb die Zahlen eine kleine Differenz aufweisen zu den Halbjahreszahlen der Arbeit. Es findet sich dort für das WBK ein Fallzahlenanstieg im Vergleich zum Vorjahr 2018 von plus 27% auf 900 Fälle und eine Verkürzung des Verweildauerzeitraums um minus 23% auf 19,8 Tage. Im AVK hingegen sind die Halbjahreszahlen um plus 4% auf 818 Fälle angestiegen und der Verweildauerzeitraum um minus 10% auf 21,9 Tage gesunken. Dadurch blieb im WBK im Vergleich zum Vorjahres-Halbjahr der CM fast identisch bei 17.780, im AVK sank er leicht auf 17.933.

Durch die erzielten Ergänzenden Tagesentgelte (ET) kommen im AVK noch 765 Bewertungsrelationen hinzu, im WBK 551, so dass das AVK auch einen besseren Gesamt-DMI von 1,045 versus 1,030 im WBK präsentieren kann. Anhand dieser Zahlen lässt sich belegen: Das PEPP-günstigere Klientel befindet sich im AVK und Behandlungsfälle haben gegenüber der reinen Bettenauslastung auch Vorteile in der Steuerung.

6.3 Forschung zum PEPP-System

Die Kritik am PEPP-System war deutschlandweit seitens der Behandler, der Angehörigen und auch der Betroffenen deutlich vernehmbar. Früh formuliert wurde die Sorge, dass durch die eher Diagnoses-Related-Groups (DRG) – ähnliche Systematik auch DRG-ähnliche Effekte in den Psychiatrien stattfinden. *Munk (2014)* mutmaßt, dass „Erlösversprechende Patienten“ eher angeworben werden könnten, während andere eher unattraktiv würden. Auch formuliert Munk die Sorge, dass mit weniger (qualifiziertem) Personal längere Verläufe bei geringeren Personalkosten für manche Diagnosen etabliert werden könnten. *Horter et al. (2016)* argumentieren in eine ähnliche Richtung mit „systemimmanenten Reizen“, welche an der Alkoholkrankheit exemplarisch gezeigt werden, sind aber vorsichtiger was die längerfristige Interpretation angeht, da sie von einem lernenden System ausgehen, was manche Anreize auch wieder „verlernen“ kann. *Wolf-Menzler und Große (2015)* fokussieren auf die Verweildauersteuerung. In anderen Beiträgen zum PEPP-System und auch der Vielzahl der PEPP-Schulungen wird auf andere Einzelaspekte, wie zum Beispiel erlösrelevante Nebendiagnosen und möglichst umfangreiche ICD-Kodierung der somatischen Krankheiten Wert gelegt. Wieder andere Einzelpublikationen zum Thema legen den Fokus auf einzelne psychiatrische Krankheiten und die Vor- oder Nachteile deren PEPP-Kodierung, etwa, wenn nach bestimmten Altersgruppen untersucht wird (*Horter et al., 2016; Godemann et al., 2014*). Auch die Steuerungswirkung der Hauptdiagnose, die mitunter ja nicht komplett unveränderlich ist, wird untersucht (*Fiori et al., 2014*).

Eine Diskussion nach eher übergeordneten „prinzipiellen“ Gesichtspunkten fand nicht statt, wohl unter anderem, da Hoffnung in die offizielle Begleitforschung gesetzt wurde, die in großem Umfang angekündigt wurde: Bereits in § 17d Absatz 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurde auf die Notwendigkeit zur „rechtzeitigen Einschätzung der Auswirkungen des neuen Vergütungssystems auf die bestehenden Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung“ (KHG) hingewiesen. Daher wurde bereits im ersten Vorschlagsentwurf der drei Selbstverwaltungspartner Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV), Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) das InEK mit der Ausschreibung für die Begleitforschung beauftragt (GKV/DKG/PKV, 2009). Die ersten Ergebnisse dieser Begleitforschung sollten bereits 2014 veröffentlicht werden. Sie sollte sich in drei Teile gliedern: Die Nullpunktmessung sollte für die Datenjahre 2011 und 2012 durchgeführt werden, dann zwei Forschungszyklen mit Analyse der Datenjahre 2013 bis 2015 und 2016 bis 2018 folgen. Die Ausschreibung gewannen das Hamburg Center for Health Economics (HCHE) in Zusammenarbeit mit BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit. Untersucht werden sollten Veränderungen der Versorgungsstrukturen, der Qualität der Versorgung sowie mögliche Leistungsverlagerungen.

Der Endbericht der Nullpunktmessung wurde mit vierjähriger Verspätung am 02.02.2018 veröffentlicht, die nachfolgenden Publikationen folgten am 06.11.2018 für den 1. Forschungszyklus und am 04.08.2020 für den 2. Forschungszyklus. Die Berichte können allesamt über die Seiten des InEK abgerufen werden, neben der Berichtsform kann auch eine explorative Datenzusammenstellung angewählt werden. In der hier vorliegenden Arbeit wird immer auf die neuste Veröffentlichung aus 2020 rekurriert (*Begleitforschung*). Die Hauptschwäche der Begleitforschung ist, dass sie sich an dem ursprünglichen Zeitplan zur Einführung des PEPP orientiert; mit freiwilliger Einführung ab 2013 und einer verpflichtenden ab 2015, dabei Budgetwirksamkeit ab 2017 und konvergierendem Landesbasisentgeltwert.

Somit konnten keine (!) Daten für die Zeit nach der tatsächlichen verpflichtenden Einführung ab 2018 gewonnen werden. Offensichtlich musste – oder konnte – der Forschungsauftrag nicht mit der Gesetzesänderung angepasst werden. Die Begleitforschung stützt sich auf Primärdaten (Fragebogen) und Routinedaten (Sekundärdaten), beispielsweise § 21-Daten, § 301 SGB V-Daten, die für weitere Verwender optisch gut online aufbereitet sind und abrufbar über die InEK-Homepage mit einer eigenen Web-Adresse: (bfpsyqb.inek.org).

Im Bericht zur Begleitforschung in Kapitel 6 wird sich den Schwankungen der Fallzahl zugewandt. Für Deutschland wird in diesem Zusammenhang die höchste Fallzahl in der Allgemeinpsychiatrie 2013-2015 beschrieben mit einem deutlichen Abfall nach 2018 (*Begleitforschung*, S. 99). Die Bettenauslastung betrug 93,3 bis 93,6 Prozent stabil über die Jahre. Als Fazit wird dazu ausgeführt: „Diese Ergebnisse bedeuten in der Gesamtbetrachtung, dass die beobachteten Veränderungen in der Anzahl der Fälle und der Anzahl der PatientInnen wahrscheinlich nicht auf die Einführung des PEPP-Entgeltsystems zurückzuführen sind“ (*Begleitforschung*, S. 105). An relevantem Ergebnis kann einzig in Kapitel 8 der Begleitforschung festgestellt werden, dass sich die Kodierqualität in den beteiligten Krankenhäusern deutlich verbessert, gemessen an der Abnahme der unspezifischen ICD-10 Diagnosen (*Begleitforschung*, S. 130).

Ansonsten finden sich in dem über 250 Seiten starken Bericht keine nennenswerten Auswirkungen, die mit Einführung des PEPP-System in Zusammenhang gebracht werden können, weder Veränderungen des Zugangs, Veränderungen der Strukturen, Veränderungen der Behandlung noch Veränderungen der Qualität. *Niedermeier et al. (2020)* zogen in ihrer kleinen Studie auf Basis eines einzelnen Krankenhaussettings ein identisches Fazit. Insofern ist die Begleitforschung zwar mit großem Anlauf gestartet, konnte aber wenig Erhellendes beitragen. Letztlich ist zu vermuten, dass allenfalls nach einigen Jahren „scharf gestellter“ PEPP-

Dokumentation, diesbezüglich noch hilfreiche Publikationen zu erwarten sind.

Inhaltlich interessanter und wissenschaftlich verwertbarer, ist die Diskussion, welche Vergütungssysteme statt des PEPP eingesetzt werden könnten. Da dies vom eigentlichen Thema der vorliegenden Arbeit wegführt sei nur am Rande darauf verwiesen: Einerseits wurden Varianten eines PEPP-ähnlichen Systems erarbeitet, beispielhaft *Klimke et al. (2014)*. Spannender scheinen aber andere Ansätze, wie zum Beispiel der Einsatz eines Regionalbudgets – exemplarisch sei hier auf *Schröder und Fleßa (2017)* verwiesen oder auch auf die Übersichtarbeit von *Deister (2019)*, der alle gegenwärtig vorhandenen neunzehn Regionalbudgets in sechs Bundesländern beleuchtet und auch das Grundprinzip des Regionalbudgets noch einmal umfassend darstellt.

6.4 Der Psych-Krankenhausvergleich

Wie eingangs erwähnt, beschäftigt das PEPP die Kliniken schon eine ganze Weile. 2020 sind jedoch noch zwei weitere für die Kliniken relevante Vereinbarungen hinzugekommen, die zunächst deutlich „harmloser“ scheinen, unter Umständen aber für die Kliniken deutliche Auswirkungen haben werden: Der Psych-Krankenhausvergleich und die PPP-RL. Das InEK schreibt auf seiner Homepage: „Der leistungsbezogene Vergleich [...] wird den örtlichen Vertragsparteien [...] zur Unterstützung bei der Vereinbarung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten krankenhausesindividuellen Basisentgelts und sonstiger leistungsgerechter krankenhausesindividueller Entgelte bereitgestellt“ (*InEK, Psych-Krankenhausvergleich*). Ganz konkret stützt sich dieser Vergleich im Wesentlichen auf die Vereinbarungsdaten der Leistungserbringer mit den Kostenträgern. Diese Vereinbarungsdaten müssen jetzt innerhalb von 21 Tagen nach dem Vorliegen an das InEK übermittelt werden, beginnend für 2018. Die Vereinbarung soll auf Grundlage der neu geschaffenen Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB-Psych) erfolgen. Offen

gelegt werden müssen die vereinbarten Leistungen und Entgelte, die vereinbarte Personalausstattung und strukturelle Merkmale und Besonderheiten der Krankenhäuser. Wobei es bislang keine offizielle Festlegung gibt, was genau mit Strukturmerkmalen und regionalen Besonderheiten gemeint ist. *Senkal et al., (2019)* versuchen dieses Dilemma mit Hilfe von Experteninterviews anhand eines Leitfadens zu beheben. In deren Arbeit werden die Infrastruktur, die Landkreisstruktur und die regionale Versorgungsverpflichtung als die drei preissteigernden Faktoren ermittelt, die als strukturelles Merkmal und Besonderheit eingestuft werden sollten.

Zugriff auf den Psych-Krankenhausvergleich haben ausgewählte Personen auf Klinikseite und Kostenträgerseite. Ein kleiner Ausschnitt davon ist auch bezüglich der Strukturdaten und Leistungen öffentlich einsehbar, zum Beispiel für Berlin 2018 der Basisentgeltwert über acht Einrichtungen:

2018 Berlin – 8 Einrichtungen						
Mittelwert	Median	Minimum	Maximum	Standard-abweichung	unteres Quartil	oberes Quartil
274,08 €	274,67	246,55	303,82	20,67	256,90	288,03

Tabelle 5: Leistungsbezogener Krankenhausvergleich. Basisentgeltwert ohne Ausgleich. Vivantes mit seinen 7 Psychiatrien zählt dabei als 1 Einrichtung

Was zunächst hier als Hilfestellung freundlich formuliert ist, ersetzt die viel kritisierte Konvergenz der unterschiedlichen Basisfallwerte, die früher im PEPP gesetzlich vorgeschrieben war. Ziel dabei war die gleiche Vergütung pro Fall, ähnlich wie im DRG-System, zu erreichen. Kritisch formuliert könnte man nun von einer „Konvergenz durch Verhandlung“ sprechen. Verglichen werden dabei nach der neuen AEB-Psych fünf Bereiche: Entgelte, Budgetermittlung, Belegungsdaten, Kostenaufstellung und Personal. Diese Vergleiche können auf Bundeslandebene (siehe oben) aber auch bundeslandübergreifend abgerufen werden.

Welche konkreten Konsequenzen daraus folgen bleibt spekulativ, da für Vivantes noch keine Budgetverhandlung mit vorhandenem Krankenhausvergleich stattgefunden haben. Vielleicht ist das Instrument zu unhandlich, so dass eine sogenannte *Anpassungsvereinbarung* mit den Kostenträgern nicht geschlossen werden muss. Es könnte allerdings auch dazu führen, dass die Kostenträger die Vergleichswerte „nach unten“ drücken wollen. Noch wird ein Gesamtbudget verhandelt. Der Entgeltwert entsteht daher „rückwärts“ aus der Umrechnung der Case-Mix-Gesamtpunkte. Eine hohe Case-Mix-Gesamtpunktzahl (und auch ein hoher DMI) führen dadurch zu einem relativ gesehen niedrigeren Basisentgeltwert. Umgekehrt steigt – bei gleichbleibendem Budget – der Basisentgeltwert als Rechengröße, wenn die Gesamt-Case-Mix-Punkte und der DMI eher niedrig sind und das Budget unverändert hoch bleibt.

Gemäß der Vergleichsvereinbarung kann eine Anpassungsvereinbarung dann notwendig werden, wenn das Basisentgelt mehr als ein Drittel höher ist als die Vergleichswerte der anderen Krankenhäuser. Nach Wunsch der Kostenträger würde das eine Anpassung des Budgets nach unten sein, wodurch der Basisentgeltwert kongruent wieder sinken würde. Inwiefern diese Überlegungen in der Praxis ankommen werden, ist völlig ungewiss. Sicher ist aber für die in der Arbeit untersuchten Krankenhäuser, dass es absolut notwendig scheint, die PEPP-Kodierqualität weiterhin hoch zu halten oder sie noch zu verbessern. Nur dadurch können PEPP-Fälle mit hoher Fallschwere, entsprechend hohen Case-Mix-Punkten und hohem DMI entstehen, so dass der Basisentgeltwert auch im Vergleich niedrig bleibt. Vermutlich bleibt der Krankenhausvergleich für die konkret drohenden Erlösrisiken zunächst zweitrangig. Entscheidend für die psychiatrischen Krankenhäuser und deren Budgets wird zunächst die Personalrichtlinie werden.

6.5 Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Die Grundlage für die Personalausstattung in der Psychiatrie war, die am 18. Dezember 1990 im Bundesgesetzblatt veröffentlichte, Psychiatrie-Personalverordnung. Diese definierte Personalanhaltszahlen und war als Leitlinie für die Budgetverhandlung angelegt. In der PPP-RL werden stattdessen verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung beschlossen, die nicht gleichbedeutend mit einem Budget sein sollen. Die in der PPP-RL festgelegten Minutenwerte stammen dabei im Wesentlichen – in Ermangelung einer anderen akzeptierten Festlegung der Personalminuten – aus der alten Psych-PV.

Andere Modelle zur Personalbemessung wurden, getragen durch die Fachgesellschaften, dabei durchaus diskutiert. So wurde anhand von patientenzentrierten Zeitclustern in Verbindung mit der Anwendung von Leitlinien auf Anregung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2015) ein Vorschlag im Rahmen von Expertenworkshops entwickelt. *(Zur ausführlichen Darstellung siehe Hauth et al., 2019)*. In einer Machbarkeitsstudie wurde dieses Modell mit acht unterschiedlichen Bedarfsclustern dann anhand von 1893 Patientinnen und Patientendaten der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie evaluiert und von *Deister et al. (2020)* publiziert. In dem untersuchten Kollektiv wird ein Personalbedarf in deutlich höherer Menge gegenüber der alten Psych-PV gesehen, und zwar im Pflegebereich plus 28-31%, im Bereich der Psychologen plus 20-24%. Im Bereich der Kinder und Jugendpsychiatrie (KJP) gemäß der Untersuchung Bedarf für Ärzte plus 22%, in der Erwachsenenpsychiatrie 10%. Es folgen dann Sozialarbeiter plus 9-14%, Ergotherapeuten 6-13% und Bewegungstherapeuten 8-14%. Für die KJP und die Psychosomatik können außerdem noch Publikationen zur normativ-empirischen Bestimmung des Personalbedarfs beigebracht werden *(Barufka et al., 2015; Bachthaler und Valdés-Stauber, 2019)*.

Beauftragt durch den Gesetzgeber wurde allerdings der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) und nicht die Fachgesellschaften, so dass die PPP-RL beschlossen wurde. Diese sieht verpflichtende Mindestpersonalvorgaben vor, die bei Unterschreitung zu einem Vergütungsausschluss führen. Das macht es für die Interessenvertretung DGPPN in ihrer Argumentation schwierig. Einerseits wurden in den präferierten eigenen Modellen deutlich höhere Minutenwerte gewünscht, andererseits scheinen bereits die vorliegenden Minutenwerte für manche Kliniken zu hoch, der Personalbedarf so, dass es für manche Kliniken unrealistisch scheint, diese jemals zu erreichen und daher eine Sanktionierung droht. Auf der Seite der Kostenträger geht die Argumentation naturgemäß in die entgegengesetzte Richtung: Der *AOK-Bundesverband (2019)* geht davon aus, dass nur etwas mehr als 50% der Krankenhäuser die Vorgaben der alten Psych-PV überhaupt erfüllen können und kritisiert, dass es sich nur um eine Mindest-Vorgabe handelt nicht um eine Höchst-Vorgabe und kritisiert weiterhin, dass explizit im Gesetz steht, dass höhere Personalausstattungen sogar durchaus finanziert werden sollen, denn es stelle sich doch die Frage, ob jegliches zusätzliches Personal im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots angemessen sei.

Personalkosten machen im Krankenhaus allgemein den überwiegenden Anteil der Ausgaben aus. Gemäß den aktuellen Angaben des Statistischen Bundesamts (*Destatis, 2020*) machen sie für alle Krankenhäuser 61,5% der Gesamtkosten aus. Noch höher ist der Anteil der Personalkosten in Krankenhäusern mit psychiatrischem oder psychotherapeutischem Schwerpunkt, etwa 75% der Gesamtkosten entfallen dort auf das komplette Personal inklusive der Verwaltung. In der PPP-RL werden bestimmte Dienstarten mit Minutenwerten hinterlegt. Dies sind: Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Psychologischer Dienst, Spezialtherapie (Ergotherapie, Künstlerische Therapien), Bewegungs-/ Physiotherapie und Sozialdienst.

Orientiert an den Werten für das Bundesland Berlin 2018 machen damit die Kostenarten, die nach PPP-RL vorgehalten werden müssen, knapp 64% der Gesamtkosten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken Berlins aus (*Destatis, 2020*). Es ist sicher davon auszugehen, dass in Zukunft dieser Anteil an den Gesamtkosten steigen wird durch die Pflicht zur Erfüllung der PPP-RL. Auch bei Vivantes wird in allen Dienstarbeitern ein Aufwachsen notwendig werden, dieser Personalzuwachs wird kaum in dem gleichen Maße Budgetzuwachs bedeuten. Zwar sind die Minutenwertsteigerungen von etwa 5% im Vergleich von PPP-RL zu Psych-PV eventuell noch im Budget verhandelbar. Der Personalaufwuchs wird aber in größerem Umfang notwendig werden, da die 100%-Erfüllungsquote der Psych-PV bislang noch nicht überall erreicht ist, jedoch schon in den bisherigen PEPP-Budgets eingepreist.

Das wiederum freut das *Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie der MDK-Gemeinschaft und des GKV-Spitzenverbandes, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, vertreten von Tolzin und Treek (2020)*, die der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorwerfen: „Es ist mehr als bedauerlich, dass die DKG versucht hat, die PPP-Richtlinie zu desavouieren. Die Motive dürften rein ökonomischer Art sein: Es werden einzelne psychiatrische Abteilungen schließen müssen, weil sie das nötige Personal nicht werden rekrutieren können. Bei der Abwägung von Behandlungsqualität und Wohnortnähe ist das ein Kompromiss, der unvermeidbar ist. Eine [...] Quersubventionierung anderer Bereiche des Krankenhauses durch die psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen, bisher leider gängige Praxis in vielen Abteilungspsychiatrien, wird nun erheblich erschwert.“ Dann folgt der Verweis auf den Krankenhaus Rating Report von 2018 des RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, der einen Jahresüberschuss von 5,5% nach Steuern für psychiatrische Krankenhäuser ausweise und nur einen von 2,5% Jahresüberschuss nach Steuern in somatischen Krankenhäusern.

Sowohl die PPP-RL als auch die einleitend erwähnten Pflegepersonaluntergrenzen im DRG-System führen dazu, dass Personalkosten aus dem Budget herausgerechnet werden sollen. Obwohl mehrfach festgestellt wird, dass die PPP-RL nicht als Budgetinstrumentarium ausgestaltet ist, ist die Budget-Realität wahrscheinlich eine andere. Das wirkt in Teilen wie die Rückkehr zur Finanzierung der Krankenhauskosten nach dem Selbstkostendeckungsprinzip, in der Variante, wie sie ab 1985 bis 1992 praktiziert wurde. Zwar werden zukünftig keine Pflegesätze verhandelt werden aber die Ausweisung der reinen Personalkosten zielt ja darauf ab, die *Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen Krankenhauses*, so die damalige Beschreibung, durch die Krankenkassen zahlen zu lassen und die Investitionskostenfinanzierung der öffentlichen Hand zu überlassen.

Im Unterschied zu den einfachen Pflegesätzen sind leider die Kontroll- und Steuerungsnotwendigkeiten massiv gestiegen: Die Daten für die Mindestvorgaben der notwendigen Personalausstattung müssen auf Standortebene zweiwöchentlich dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) geliefert werden, den Kostenträgern gehen quartalsweise dann davon die Teile zu, die den Sanktionsrahmen bestimmen, wobei das Jahr 2020 noch sanktionsfrei bleibt; und durch Covid-19 auch in 2021 keine Sanktionen drohen. Durch die drohenden Strafzahlungen bei „zu vielen Patientinnen und Patienten“ oder „zu wenig Personal“ muss eine punktgenaue Leistungsmengenplanung nach Personal eingeführt werden. Zwar sind Kompensationsmöglichkeiten in gewissem Rahmen gegeben, sollten aber beispielsweise die Sommerferien in das dritte Quartal fallen, Juli und August also frei sein, müsste man entweder diese beliebte Urlaubszeit für die Mitarbeitenden einschränken oder – durch Schließung von Stationen dafür sorgen, dass weniger zu Behandelnde im Krankenhaus sind, um möglichen Erlösverlusten und Strafzahlungen zu entkommen.

Allen diesen Steuerungsnotwendigkeiten gemein ist, dass mit PPP-RL höchstwahrscheinlich die Fixierung auf das Krankenhausbett als Rechengröße wieder zunehmen wird, eine Tendenz, die für die psychiatrischen Patientinnen und Patienten insgesamt schädlich ist. Durch die Anlage von PEPP als Vergütungssystem auch mit – noch nicht etabliertem aber im Aufbau befindlichen – ambulantem Vergütungsinstrumentarium, konnte man die Hoffnung haben, dass die Fixierung auf vorhandene Betten eher nachlässt. Aber, wie *Kieser (2020)* ausführt, werden durch PPP-RL „innovative, settingübergreifende und auch lebensfeldorientierte Ansätze [...] verhindert.“

6.6 Psych-Krankenhausvergleich und PPP-RL – Implikation auf PEPP?

Für die untersuchte Region West der Vivantes GmbH, AVK und WBK, wird es – parallel zu den anderen psychiatrischen Kliniken – wichtig sein, zunächst alle Personalanforderungen erfüllen zu können, somit zunächst der PPP-RL Genüge zu tragen. Bei Nicht-Erfüllung derselben scheinen hier die höchsten Erlösrissen. An zweiter Stelle ist es mit Blick auf den Krankenhausvergleich sinnvoll und notwendig, die Kodierqualität weiter zu optimieren, damit der DMI und CMI gesamt im Vergleich mit den anderen Krankenhäusern den Basisentgeltwert als Rechengröße nicht zu hoch werden lässt – was sonst zum Erlösrisiko *Anpassungsvereinbarung* führen könnte. Bei vorhandenem Personal nach PPP-RL ist dann eine durchgehende Vollbelegung optimal. Letztlich ist es erst danach möglich, Erlösoptimierung im Rahmen des PEPP zu betreiben.

Da steigende Personalkosten nach PPP-RL nicht mit einer Anpassung der Erlöse nach PEPP nach sich zieht, wird mit Sicherheit der Deckungsbeitrag der Psychiatrie deutlich sinken, so dass sich mit ihr vereinfacht gesagt „kein Geld mehr verdienen“ lassen wird. Selbst bei maximal optimierter PEPP-Abrechnung bleibt der Haupt-Kosten-Träger das Personal. Da dieses nun vermehrt eingestellt werden muss auf Grundlager der PPP-RL, sinkt zwangsläufig der Gewinn.

7. Zusammenfassung und Ausblick

Mit der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) ändern sich die Finanzierungsbedingungen für die Psychiatrie fundamental: weg von der Vergütung von Tagessätzen – hin zur Vergütung von Behandlungsfällen. Analog der Einführung der Diagnoses Related Groups (DRG) in der Somatik, werden durch diese Verlagerung disruptive Veränderungen in der kaufmännischen Planung erwartet. Zum 01.01.2020 ist das PEPP-System nach langer Anlaufzeit budgetrelevant geworden. War bei der Vergütung nach Tagessätzen die dauerhaft hohe Auslastung relevant – verhandelt wurden mit den Kostenträgern die Vergütung bis 100% Auslastung – treten nun die Behandlungsfälle in den Vordergrund, die sich in der PEPP-Systematik in ihrer Vergütung insbesondere durch die Krankenhausbehandlungsdiagnose unterscheiden. Diagnosen mit einem vermuteten höheren Personalaufwand, wie zum Beispiel Demenzen, bringen dann pro Fall mehr als – in absteigender Reihung – Suchterkrankungen, Psychotische Störungen, Affektive Störungen ein. Bei der Untersuchung zweier Behandlungskollektive vor der Einführung des PEPP (01.01.2013 – 30.06.2013) und im letzten Halbjahr der budgetneutralen Einführung (01.01.2019 – 30.06.2019) wurden für das Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum (AVK) und das Vivantes Wenckebach-Klinikum (WBK) alle in diesem Zeitraum aufgenommenen Fälle analysiert. Die Eingangshypothese war, dass die Behandlungskollektive der beiden Kliniken über die Jahre bezüglich der Behandlungsdiagnosen stabil blieben, wobei für das WBK eine eher PEPP-ungünstige Diagnosenverteilung erwartet wurde. Letzteres konnte auch bestätigt werden. Tatsächlich wandelten sich im WBK aber die Behandlungsdiagnosengruppen nach PEPP im Zeitvergleich signifikant. Es zeigte sich eine deutliche Zunahme der Behandlungsfälle mit einer Sucht-PEPP-Diagnose, bei gleichzeitiger Verkürzung der Behandlungsdauer um 26,4% und einer Zunahme der Fallzahl um 12,9%. Demgegenüber blieb die Verteilung der Behandlungsdiagnosen im AVK konstant; bei einer Abnahme der Behandlungsdauer um 9% und Abnahme der Fallzahl um 7,8%.

Bei der Analyse der Erlössituation wird deutlich, dass das WBK von der Abrechnung nach PEPP im Vergleich zur Abrechnung nach Pflegesätzen eher profitieren konnte, wohingegen die Erlössituation im AVK davon nicht betroffen schien. Trotz der durch die Pflichtversorgungsbezirke mitbestimmten Patientenkollektive, gibt es offensichtlich Steuerungsmöglichkeiten von Elektivaufnahmen. Das betrifft hauptsächlich den Suchtbereich mit hoher Fallzahl und kurzer Liegedauer. Diese können genutzt werden, um mögliche Erlösverluste auszugleichen.

Die Analyse der bisherigen Literatur zu PEPP ist für den Erkenntnisgewinn eher enttäuschend. Bislang konnten aus der Begleitforschung weder Veränderungen des Zugangs, der Fallzahl, der Behandlungsstrukturen, der Behandlung selbst, noch der Behandlungsqualität festgestellt werden. Einzig die Kodierqualität wird als verbessert über die Jahre beschrieben.

Neben dem PEPP wurden zum 01.01.2020 zwei weitere für die Erlössituation relevante Instrumente eingeführt:

1. Die Vereinbarung zum Psych-Krankenhausvergleich ersetzt die ursprünglich in der PEPP verbindlich angelegte Konvergenz der Krankenhäuser auf einen Basisentgeltwert. Da dieser Vergleich noch nicht zur Anwendung gekommen ist, sind seine möglichen Auswirkungen noch spekulativ. Das Erlösrisiko für die Krankenhäuser liegt in einer Anpassungsvereinbarung, die getroffen werden soll, wenn das Basisentgelt des entsprechenden Krankenhauses um einen Drittel höher ist, als die Vergleichswerte der anderen Krankenhäuser. Der Basisentgeltwert wird momentan als eine Rechengröße aus dem Gesamtbudget ermittelt. Die Kliniken müssen daher durch eine optimierte Kodierung möglichst hohe Case-Mix-Gesamtpunkte und einen hohen DMI anstreben; der Basisentgeltwert wird dadurch im Umkehrschluss kleiner.

2. Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik – Richtlinie (PPP-RL), die die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ablöst. In dieser Verordnung liegt das höchste Erlösrisiko für die nächsten Jahre. In

der PPP-RL werden Mindestvorgaben für die notwendige Personalausstattung gemacht, die stations- und monatsbezogen dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) geliefert werden müssen und quartals- und einrichtungsbezogen den Patientenzahlen gegenübergestellt werden. Sollten die Mindestpersonalvorgaben nicht eingehalten werden können, droht ein Vergütungsausschluss. Durch die gleichzeitige Zunahme des Personals in der PPP-RL im Vergleich zur Psych-PV um berufsgruppenübergreifend etwa 5%, ist mit einer deutlichen Verminderung des Gewinns der Psychiatrien zu rechnen, da das Budget sicherlich nicht in diesem Maße wachsen wird. Auch bei Vivantes muss mehr Personal eingestellt werden – schon, um möglichen Sanktionen zu entgehen. Eine Situation, die naturgemäß für die Geschäftsführung unbefriedigend ist.

Was bedeutet das für den Ausblick? Leider scheint durch die massive Regulierung die Konzentration auf das Bett als Entgeltgröße eher wieder zuzunehmen. Modernere Behandlungsmodelle werden in den nächsten Jahren zunächst schwerer durchzusetzen sein, da aus wirtschaftlicher Sicht (zunächst) eine stets zu 100% gefüllte Klinik mit hohem DMI im Vordergrund stehen dürfte, um Erlösrisiken vorzubeugen. Lücken in der Belegung könnten dabei am ehesten durch Patientinnen und Patienten aus dem Suchtbereich aufgefüllt werden, da hier die Ausweitung der Leistungsmenge am einfachsten möglich scheint. Wollten die Kostenträger dieses Verhalten in Zukunft zu sanktionieren, könnte deren Überlegung sein, die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus anderen Versorgungsbezirken, mit Abschlägen zu belegen. Verbunden mit einer verringerten Gewinnmarge, könnten mittelfristig Psychiatrien für Geschäftsführungen weniger attraktiv werden. Das wäre ungünstig für psychiatrische Patienten: Notwendige Innovationen, die neben Erlöschancen auch Gewinnrisiken mit sich bringen, können bei guter Erlöslage stets besser positioniert werden.

Literaturverzeichnis

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Einwohnerregister, Stand 31.12.2019.

<https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/statistiken/langereihen.asp?Ptyp=450&Sageb=12041&creg=BBB&anzwer=10www.statistik-berlin-brandenburg.de>

zuletzt überprüft: 20.09.2020

AOK-Bundesverband. Newsletter vom 12.12.2019. Online-Publikation.

https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Klinik_kompakt_06_2019.pdf

zuletzt überprüft: 20.09.2020

Bachthaler S, Valdés-Stauber J. OPS-relevante Leistungen in der Krankenhauspsychosomatik und realer Versorgungsaufwand: Ergebnisse einer differenzierten Leistungsanalyse. *Psychotherapeut*. 2018;63(2):135-144.

Barufka S, Heller M, Prayon V, Fegert JM. Normative Vorgaben zum Personaleinsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie statt Preisfindung anhand von Mittelwerten unter Konvergenzbedingungen: Analyse im Datensatz der Universitätsklinik Deutschlands zu den Kosten je Berechnungstag und Minutenwerte nach Psych-PV und im PEPP-System. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2015;43(6):411-423.

Begleitforschung zu den Auswirkungen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Auftrag nach § 17 d Abs. 8 KHG. Endbericht für die Datenjahre 2011-2018.

https://www.g-drg.de/Datenbrowser_und_Begleitforschung/Begleitforschung_Psychiatrie/Endbericht_2._Forschungszyklus_Datenjahre_2016_2018

zuletzt überprüft: 20.09.2020

Bichescu-Burian D, Cerisier C, Czekaj A, Grempler J, Hund S, Jaeger S, Schmid P, Weithmann G, Steinert T. Patienten mit Störungen nach ICD-10 F3 und F4 in Psychiatrie und Psychosomatik – wer wird wo behandelt?: Merkmale der Zuweisung aus der PfAD-Studie. *Nervenarzt*. 2017;88(1):61-69.

Bschor T, Hoß A, Baethge C, Rauchensteiner S. Wie verändert sich die Patienten- und Krankheitsstruktur einer psychiatrischen Krankenhausabteilung durch Übernahme der sektorisierten Pflichtversorgung? *Gesundheitswesen*. Dezember 2018;a-0795-3350.

Bühning P. Die Kritik an PEPP hat gefruchtet. *Deutsches Ärzteblatt* 2016;113(9):(A)362.

Bundesanzeiger Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Erstfassung. Veröffentlicht am Dienstag, 31.12.2019. (BANz AT 31.12.2019 B6), S. 1-47.

<https://www.bundesanzeiger.de/pub/de/amtliche-veroeffentlichung;wwwsid=35EEF6E2CC2064969CD8ABD32065B8CA.w eb06-pub?2> zuletzt überprüft: 20.09.2020

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2012 Teil I Nr. 35, ausgegeben zu Bonn am 25. Juli 2012, Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG), S. 1613-1634.

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5B@attr_id%27bgbl112035.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl112s1613.pdf%27%5D_1581977602821 zuletzt überprüft: 20.09.2020

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2012 Teil I Nr. 54, ausgegeben zu Bonn am 26. November 2012, Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013 (Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013–PEPPV 2013), S. 2303-2305.

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl112s2343.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl112s2303.pdf%27%5D_1581977834607

zuletzt überprüft: 20.09.2020

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2014 Teil I Nr. 33, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2014, Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz–GKV-FQWGS), S.1147.

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl114s1066.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl114s1133.pdf%27%5D_1581978416513 zuletzt überprüft: 20.09.2020

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 63, ausgegeben zu Bonn am 23. Dez. 2016, Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), S. 2986-2997.

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%40attr%3D%27bgbl116s3000.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr%3D%27bgbl116s2986.pdf%27%5D_1581979930906 zuletzt überprüft: 20.09.2020

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 34, ausgegeben zu Bonn am 10. Oktober 2020, Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV), S. 1632-1645.

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=/*%5B@attr%3D%27bgbl118s1632.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr%3D%27bgbl118s1632.pdf%27%5D_1600703467327 zuletzt überprüft: 20.09.2020

Bundespflegegesetzverordnung im Bundesgesetzblatt 1994 Teil I S. 2750 vom 26. September 1995, letzte Änderung Artikel 6 Gesetz vom 14. Dezember 2019 (BGBl 2019 I S. 2789).

https://www.gesetze-im-internet.de/bpflv_1994/BJNR275010994.html zuletzt überprüft: 20.09.2020

Deister A. Die Region als Kooperationsrahmen in der psychiatrischen Versorgung. Bundesgesundheitsbl. 2019;62(2):150-155.

Deister A, Brückner-Bozetti P, Heuft G, Kölch M, Klein M, Löhr M, Richert A, Hauth I. Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychotherapie. Nervenarzt. Online vorab Publikation September 3, 2020.

Destatis Statistisches Bundesamt Kostennachweis der Krankenhäuser 2018 Fachserie 12 Reihe 6.3. Erschienen 11. September 2020.

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/kostennachweis-krankenhaeuser-2120630187004.pdf?__blob=publicationFile zuletzt überprüft: 20.09.2020

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) für die Entgelt-Plattform der Fachgesellschaften und Verbände für Psychiatrie und Psychosomatik. Konzept eines budgetbasierten Entgeltsystems für die

Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Der Nervenarzt. 2015;86(11):1400-1402.

Fiori W, Bohnenkamp B, Schneider G, Heuft G, Roeder N, Burgmer M. Die Bedeutung der Hauptdiagnose im Pauschalierenden Entgeltssystem Psychiatrie Psychosomatik (PEPP) - Bedeutung und Konsequenzen. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 2014;60(1):25-38.

GKV / PKV / DKG, Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG (Psych-Entgeltsystem) vom 30. November 2009.

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_2009_11_23_Grundlagenvereinbarung_Psych-Entgeltsystem.pdf zuletzt überprüft: 20.09.2020

GKV / PKV / DKG, 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.

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/2019_03_13_Psych_Krankenhausvergleichs-Vereinbarung.pdf zuletzt überprüft: 20.09.2020

GKV / PKV / DKG, Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 6 der Bundespflegesatzverordnung (AEB-Psych-Vereinbarung).

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/aeb_psych/AEB-Psych-Vereinbarung_2019_inkl_Anlagen.pdf zuletzt überprüft: 20.09.2020

Godemann F, Löhr M, Wiegand H, Wolff-Menzler C, Nitschke R, Seemüller F. Das neue Entgeltssystem in der Psychiatrie – gehören ältere Patienten zu den Verlierern? Eine Analyse auf der Grundlage der VIPP-Datenbank. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie. 2014;82(11):634-639.

Godemann F, Hauth I, Richert A, Berton R. Merkmale einer regionalen Pflichtversorgung in Deutschland: Eine Analyse mithilfe der VIPP-Datenbank. *Nervenarzt*. 2015;86(3):367-372.

Gopalakrishna G, Ithman M, Malwitz K. Predictors of length of stay in a psychiatric hospital. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2015;19(4):238-244.

Große C, Wolff-Menzler C. Analyse und Beurteilung der Veränderungen des PEPP-Systems durch den Entgeltkatalog 2015. *Das Gesundheitswesen*. 2015;78(07):446-451.

Hauth I, Brückner-Bozetti P, Heuft G, Kölch M, Löhr M, Richert A, Deister A. Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen: Ein patientenorientiertes und leitliniengerechtes Konzept zur Personalbemessung. *Der Nervenarzt*. 2019;90(3):285-292.

Horter H, Zapp W, Driessen M. Systemimmanente Anreize im PEPP: Analyse am Beispiel der Behandlung alkoholbezogener Störungen. *Der Nervenarzt*. 2016;87(7):760-769.

Hübener F. Financial reforms could worsen German psychiatric care. *Lancet*. 2013;381:440.

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Abschlussbericht Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2019 vom 18. Dezember 2018.

[https://www.g-drg.de/PEPP-](https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem%202019/Abschlussbericht%20zur%20Entwicklung%20des%20PEPP-Systems%20und%20PEPP-Browser/Abschlussbericht%20zur%20Weiterentwicklung%20des%20PEPP-Systems%20fuer%202019)

[Entgeltsystem 2019/Abschlussbericht zur Entwicklung des PEPP-](https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem%202019/Abschlussbericht%20zur%20Entwicklung%20des%20PEPP-Systems%20und%20PEPP-)

[Systems und PEPP-](https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem%202019/Abschlussbericht%20zur%20Entwicklung%20des%20PEPP-Systems%20und%20PEPP-Browser/Abschlussbericht%20zur%20Weiterentwicklung%20des%20PEPP-Systems%20fuer%202019)

[Browser/Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des PEPP-](https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem%202019/Abschlussbericht%20zur%20Entwicklung%20des%20PEPP-Systems%20und%20PEPP-Browser/Abschlussbericht%20zur%20Weiterentwicklung%20des%20PEPP-Systems%20fuer%202019)

[Systems fuer 2019](https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem%202019/Abschlussbericht%20zur%20Entwicklung%20des%20PEPP-Systems%20und%20PEPP-Browser/Abschlussbericht%20zur%20Weiterentwicklung%20des%20PEPP-Systems%20fuer%202019) zuletzt überprüft: 20.09.2020

InEK Psych-Krankenhausvergleich – Homepage: <https://www.g-drg.de/Psych-Krankenhausvergleich>

[https://www.g-drg.de/Psych-](https://www.g-drg.de/Psych-Krankenhausvergleich/Veroeffentlichung%20der%20Vergleichsdaten%20nach%206%20Psych-Krankenhausvergleichs-Vereinbarung2)

[Krankenhausvergleich/Veroeffentlichung der Vergleichsdaten nach 6 P](https://www.g-drg.de/Psych-Krankenhausvergleich/Veroeffentlichung%20der%20Vergleichsdaten%20nach%206%20Psych-Krankenhausvergleichs-Vereinbarung2)

[sych-Krankenhausvergleichs-Vereinbarung2](https://www.g-drg.de/Psych-Krankenhausvergleich/Veroeffentlichung%20der%20Vergleichsdaten%20nach%206%20Psych-Krankenhausvergleichs-Vereinbarung2) zuletzt überprüft: 20.09.2020

Kieser C. Die Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie (PPP-RL) ist eine Enttäuschung – Pro. Psychiatr Prax. 2020;47(02):62-63.

Klimke A, Bader R, Berton R, Borrmann-Hassenbach M, Brobeil T, Nitschke R, Reitel G, Schillinger M, Godemann F. Vergütungssystem für Psychiatrie und Psychosomatik: Studie zur Machbarkeit eines tageskostenbasierten Entgeltsystems. *Der Nervenarzt*. 2014;85(1):88-96.

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) § 17d neugefasst durch B. v. 10.04.1991 BGBl. I S. 886; zuletzt geändert durch Artikel 3 G. v. 19.05.2020 BGBl. I S. 1018.

<https://www.buzer.de/gesetz/6105/a160326.htm>

zuletzt überprüft: 20.09.2020

Meißner M. Psychiatrie-Entgeltgesetz: Proteste gegen neues Abrechnungssystem. *Deutsches Ärzteblatt* 2012;109 (47):(A)2346.

de **Millas W.** Untersuchung zweier Patientenkollektive vor und nach Einführung von PEPP unter besonderer Berücksichtigung der Erlössituation. Hochschule Neubrandenburg Forschungsarbeit. Einreichung: 24.02.2020.

Munk I. „PEPP: Statt sektorübergreifender Versorgung ein insuffizientes Abrechnungssystem“. *Public Health Forum*. 2014;22(1):42-44.

Niedermeier C, Barrera A, Esteban E, Ivandic I, Sabariego C. The Impact of the Change in Payment System for German Psychiatric Clinics on Treatment Success: An Interrupted Time Series Analysis. *Gesundheitswesen* 2020; 82(06): 559-567.

PEPP-Entgeltkatalog der PEPP-Version 2019 vom 28. September 2018.

https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem_2019/PEPP-Entgeltkatalog

zuletzt überprüft: 20.09.2020

Psychiatrie-Personalverordnung im Bundesgesetzblatt 1990 Teil I S. 2930 vom 18. Dezember 1990, letzte Änderung Artikel 54 Gesetz vom 29.03.2017 (BGBl 2017 I S. 626), aufgehoben durch Artikel 7 Gesetz vom 21.07.2012 (BGBl. I S. 1613; dieses geändert durch Artikel 6 Gesetz vom 19.12.2016 (BGBl. I S. 2986).

<https://www.buzer.de/Psychiatrie-Personalverordnung.htm>

zuletzt überprüft: 20.09.2020

Tolzin CJ, Treeck B van. Die Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie (PPP-RL) ist eine Enttäuschung – Kontra. *Psychiatr Prax*. 2020;47(02):63-64.

Schröder B, Fleßa S. Regionalbudgets in der Psychiatrie: Eine Alternative zu tagesgleichen Pflegesätzen und zum zukünftigen Finanzierungssystem? Ein Fallbeispiel aus dem Kreis Dithmarschen. Psychiatrische Praxis. 2017;44(08):446-452.

Senkal A, Brückner-Bozetti P, Lingenfelder M, Blume A, Klode C, Steinert T. Strukturmerkmale und regionale Besonderheiten psychiatrischer Krankenhäuser in Deutschland. Nervenarzt. 2019;90(3):293-298.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremdem Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Berlin, 21.09.2020

Dr. Walter de Millas