

Vergütung stationär-psychiatrischer Leistungen

**Eine Einordnung der neuen PEPP-Entgeltsystematik mit
Veränderungsvorschlag**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
doctor philosophiae (Dr. phil.)

vorgelegt dem Rat der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
der Friedrich-Schiller-Universität Jena
von Dr. med. Phillip Alexander Krause
geboren am 28.12.1973 in Bremen

Gutachter

1. Prof. Dr. rer. pol. Frank Daumann
Friedrich-Schiller-Universität Jena
2. Prof. Dr. phil. Dr. rer. pol. Dr. theol. Dr. phil. habil.
Nikolaus Johannes Knoepffler
Friedrich-Schiller-Universität Jena

Tag der mündlichen Prüfung: 17.01.2018

Für Miriam und Mattis

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis.....	VIII
Abkürzungsverzeichnis.....	IX
1. Einleitung und Problemstellung	11
1.1. Hintergrund	11
1.2. Problemstellung.....	13
1.3. Vorgehensweise in dieser Arbeit.....	14
2. Der Produktionsprozess von Gesundheitsdienstleistungen	15
2.1. Gesundheitsdienstleistungen	15
2.2. Besonderheiten im psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsprozess.....	19
2.3. Zum Begriff Gesundheit und gesundheitliche Dienstleistungen	23
3. Modell Leistungsanbieter-Patient-Kostenträger.....	25
3.1. Vorüberlegungen zur theoretischen Einordnung	25
3.2. Begrifflichkeiten der Principal-Agent-Theorie und des Transaktionskosten- Ansatzes im psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsprozess	26
3.3. Übertragung auf den stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsprozess.....	30
3.4. Verhaltensmerkmale und -annahmen der Beteiligten im psychiatrisch- psychotherapeutischen Leistungsprozess	34
3.4.1. Leistungserbringer	34
3.4.2. Der Nachfragende (Patient)	35
3.4.3. Kostenträger.....	37
3.4.4. Ziele der drei Beteiligten	38
3.5. Grundsätzliche Anforderungen an ein stationäres Vergütungssystem	41
3.6. Modellentwicklung und Anforderungen an ein Vergütungssystem für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen.....	44
4. Gesundheitsdienstliche Versorgungsformen im internationalen Vergleich	48
4.1. Idealtypische Organisationsformen	48
4.2. Vergütungsformen und Klassifikationsinstrumente.....	51
4.2.1. Retrospektive Vergütungsformen.....	51
4.2.2. Prospektive Vergütungsformen	52
4.2.3. Regionalbudgets	53
4.2.4. Leistungsorientierte Vergütung	55
4.3. Gesundheitssysteme im Vergleich	56
4.3.1. Großbritannien: Öffentlicher Gesundheitsdienst – Beveridge-Modell..	56
4.3.2. Österreich: Sozialversicherungssysteme – Bismarck-Modell	59
4.3.3. Schweiz: Sozialversicherungssystem mit einkommensunabhängigem Beiträgen	63
4.3.4. USA: Private Versicherungen – gemischtes Modell	65
4.4. Zusammenfassende Einordnung dieser Organisationsformen.....	71
4.5. Welche Erfahrungen hinsichtlich psychiatrischer Entgeltsysteme finden sich im internationalen Vergleich?.....	74
5. Das deutsche Gesundheitssystem	79
5.1. Grundlagen zur stationären Vergütung in Deutschland	79
5.1.1. Der Ordnungspolitische Rahmen.....	80

5.1.2.	Krankenhausfinanzierung	82
5.1.3.	Klassifikationssysteme.....	85
	ICD und OPS.....	85
	DSM	87
	G-DRG	87
	Psych-PV.....	93
5.1.4.	Zusammenfassende Bewertung	95
5.2.	Aktuelle Entwicklungen zur Vergütungssystematik stationär-psychiatrischer Leistungen	97
5.2.1.	Die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP).....	99
5.2.2.	Merkmale im bisherigen Entwicklungsprozess der PEPP-Entgelte...	101
5.2.3.	Klassifikatorische Merkmale im PEPP-Entgeltsystem.....	102
5.2.4.	Fallzusammenführung und Verlegungen	106
5.2.5.	Elemente der PEPP-Entgelte	108
5.2.6.	Kalkulation der Vergütung mittels PEPP-Entgelte	114
5.3.	Zusammenfassende Beurteilung des PEPP-Entgeltsystems	117
5.4.	Die PEPP-Entgelte im deutschen Gesundheitssystem	125
	Exkurs: Einsatz und Nutzen der Therapieeinheiten	131
	Schlussfolgernde Überlegungen	137
6.	Lösungsvorschlag.....	139
6.1.	Denkbare Lösungsansätze.....	139
6.1.1.	Integration von Selbstbeteiligungen	140
6.1.2.	Ein Gesamt-Team-Ansatz	141
6.1.3.	Ein Teil-Team-Ansatz.....	142
6.1.4.	Integration einer sachwaltenden Instanz	144
6.1.5.	Integration entgeltrelevanter Qualitätsfaktoren.....	144
6.1.6.	Wie könnte ein Lösungsansatz aussehen?.....	146
6.2.	Qualitätsmerkmale stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen	147
6.3.	PEPP-Entgeltmodifikation mittels Entlassungspauschale	152
6.3.1.	Definition der Entlassungspauschalen	156
6.3.1.	Weiteres methodische Vorgehen	160
6.3.2.	Verteilung der Diagnosegruppen und PEPP-Entgelte.....	164
6.3.3.	Definition des Stichprobenumfangs.....	169
6.4.	Ergebnisse zur Kalkulation der Entlassungspauschalen	172
	Entlassungspauschale 1.....	172
	Entlassungspauschale 2–3.....	174
	Entlassungspauschale 2–5.....	176
	Entlassungspauschale 3.....	178
6.4.1.	Die Entlassungspauschalen in Bezug zum Gesamtbudget.....	179
6.4.2.	Entwicklungen innerhalb der fünf PEPP-Entgeltkataloge.....	181
6.4.3.	Anreizwirkungen der Entlassungspauschalen.....	182
6.4.4.	Die Entlassungspauschalen im Hinblick auf die definierten Anforderungen an ein Entgeltsystem für psychiatrische Leistungen	187
7.	Zusammenfassende Diskussion	191
8.	Ausblick.....	199
9.	Anhang.....	205
10.	Literaturverzeichnis	217

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1.....	18
Abbildung 2.2.....	21
Abbildung 2.3.....	22
Abbildung 3.1.....	29
Abbildung 3.2.....	33
Abbildung 3.3.....	38
Abbildung 3.4.....	43
Abbildung 3.5.....	47
Abbildung 5.1.....	80
Abbildung 5.2.....	84
Abbildung 5.3.....	86
Abbildung 5.4.....	91
Abbildung 5.5.....	92
Abbildung 5.6.....	93
Abbildung 5.7.....	94
Abbildung 5.8.....	100
Abbildung 5.9.....	107
Abbildung 5.10.....	109
Abbildung 5.11.....	110
Abbildung 5.12.....	112
Abbildung 5.13.....	113
Abbildung 5.14.....	115
Abbildung 5.15.....	115
Abbildung 5.16.....	119
Abbildung 5.17.....	126
Abbildung 5.18.....	128
Abbildung 5.19.....	130
Abbildung 6.1.....	149
Abbildung 6.2.....	151
Abbildung 6.3.....	153
Abbildung 6.4.....	157
Abbildung 6.5.....	159
Abbildung 6.6.....	178
Abbildung 6.7.....	186
Abbildung 7.1.....	198
Abbildung 8.1.....	201
Abbildung 8.2.....	203

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1.....	49
Tabelle 4.2.....	70
Tabelle 4.3.....	78
Tabelle 5.1.....	104
Tabelle 5.2.....	105
Tabelle 5.3.....	133
Tabelle 5.4.....	135
Tabelle 5.5.....	136
Tabelle 6.1.....	160
Tabelle 6.2.....	161
Tabelle 6.3.....	162
Tabelle 6.4.....	165
Tabelle 6.5.....	168
Tabelle 6.6.....	170
Tabelle 6.7.....	171
Tabelle 6.8.....	177
Tabelle 6.9.....	180
Tabelle 6.10.....	190
Tabelle 9.1.....	205
Tabelle 9.2.....	206
Tabelle 9.3.....	207
Tabelle 9.4.....	207
Tabelle 9.5.....	208
Tabelle 9.6.....	208
Tabelle 9.7.....	209
Tabelle 9.8.....	209
Tabelle 9.9.....	210
Tabelle 9.10.....	210
Tabelle 9.11.....	211
Tabelle 9.12.....	211
Tabelle 9.13.....	212
Tabelle 9.14.....	212
Tabelle 9.15.....	213
Tabelle 9.16.....	213
Tabelle 9.17.....	214
Tabelle 9.18.....	214
Tabelle 9.19.....	215
Tabelle 9.20.....	215
Tabelle 9.21.....	216

Abkürzungsverzeichnis

AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Groups
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BER	Bewertungsrelation
BPEPP	Basis-PEPP
BPfIV	Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung)
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKR-Psych	Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Version IV
FPG	Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-DRG	German Diagnosis Related Groups (Deutsches Fallpauschalensystem)
GewO	Gewerbeordnung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FQWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
GRG	Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz)
GSG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz)
ICD	internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
ICD10 – GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – German Modification
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz)
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze
KHRG	Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz)
KIS	Krankenhausinformationssystem
NPsychKG	Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik
PKL	Psychiatrische Klinik Lüneburg
PsychEntgG	Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz)
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SK	Strukturkategorie
TE	Therapieeinheit
VWD	Verweildauer

Anmerkungen zu dieser Arbeit

In der Arbeit geht es um die Vergütung stationärer psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Leistungen. Es sei daher daraufhin gewiesen, dass wenn im Text bspw. lediglich von dem „psychiatrischen Krankenhaus“ gesprochen wird, dies gleichfalls für psychiatrische Fachabteilungen an somatischen Krankenhäusern gilt, wie auch für psychotherapeutisch bzw. psychosomatisch spezialisierte Krankenhäuser oder Kliniken bzw. Fachabteilungen. Dies gilt auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, da auch in diesen Kliniken das neue Entgeltsystem Anwendung finden wird. Die Arbeit fokussiert jedoch auf die allgemeine Erwachsenenpsychiatrie, was insbesondere an klinischen Beispielen und beim in dieser Arbeit entwickelten Veränderungsvorschlag deutlich wird.

Es sei außerdem auf eine Besonderheit der Nomenklatur hingewiesen. Ab dem Kapitel 5 dieser Arbeit wird häufig das Kürzel **PEPP** genutzt. Diese Abkürzung hat sich seit der Gesetzgebung zum PsychEntgG im Zusammenhang mit dem neuen Entgeltsystem in der Psychiatrie etabliert und steht für **p**auschalierendes **E**ntgeltsystem für **p**sycheiatische und **p**sycheosomatische Einrichtungen. Wenn also in den ersten Kapiteln zumeist von „dem neuen Entgeltsystem in der Psychiatrie“ die Rede ist, dann könnte auch dort schon das Kürzel PEPP Verwendung finden. Die vorliegende Arbeit soll jedoch absichtlich auch den Entwicklungsprozess dieses neuen Systems widerspiegeln, sodass erst ab dem Kapitel 6 das Kürzel PEPP regelmäßig genutzt wird.

Zuletzt soll ein weiterer Begriff erklärt werden. So wird im Text immer wieder auf die sog. somatische Medizin oder somatische Krankenhäuser verwiesen. Beschäftigt man sich im deutschen Gesundheitswesen mit der Psychiatrie und psychiatrischen Leistungen, dann wird schnell eine deutliche Trennung von den übrigen medizinischen Fächern deutlich, die sich teils mit der Historie, jedoch auch aus anderer Perspektive erklären lässt. Medizinische Fachrichtungen, die nicht psychiatrischer Art sind, betreffen überwiegend den somatischen Teil des Körpers, also nicht unmittelbar die Psyche. Daher werden entsprechende Kliniken und Krankenhäuser regelmäßig aus psychiatrischer Richtung auch als „somatisches Krankenhaus“ oder „Somatik“ bezeichnet.

1. Einleitung und Problemstellung

1.1. Hintergrund

Die Vergütung gesundheitlicher Leistungen im deutschen Gesundheitswesen weist seit Jahren hohe Steigerungsraten auf. Die Gesetzgebung hat die Ziele einer Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung ebenso wie die Versorgung der Versicherten mit einer maximalen Behandlungsqualität am aktuellen Stand der Wissenschaft ausgerichtet. In der Folge kam es während der letzten Dekaden gesetzgeberisch gelenkt wiederholt zu mehreren Gesundheitsreformen.

Die Entwicklung der deutschen Fallpauschalen (German-Diagnosis Related Groups – G-DRG) in der somatisch stationären Versorgung ab 2003 war die umfangreichste Vergütungsreform innerhalb der letzten Jahrzehnte, galt damals jedoch nicht für den stationär-psychiatrischen und psychosomatischen Leistungsbereich. Betrachtet man diese Veränderungen und die bisherigen Vergütungsstrukturen der stationär-psychiatrischen Leistungen, dann ist es nicht verwunderlich, dass der Gesetzgeber 2009 auch für die Psychiatrie Voraussetzungen schuf, ein pauschalierendes Entgeltsystem zu entwickeln.

Eine Reform des Entgeltsystems für stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen erscheint aus unterschiedlichen Perspektiven sinnvoll. Die deutsche Gesetzgebung verweist hierbei auf eine Verweildauerkürzung, auf die Möglichkeiten neue, innovative und flexible Behandlungsmöglichkeiten zu entwickeln, wobei u.a. auf eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zwischen stationärem und ambulantem Bereich fokussiert wird. Verglichen zu anderen Ländern finden sich in Deutschland deutlich längere durchschnittliche Verweildauern in psychiatrischen Kliniken (Spießl et al., 2006, S. A2549; Auffarth et al., 2008, S. 41; Statistisches Bundesamt 2008, S. 10; Hölzel et al., 2011, S. A1050). Gleichzeitig wird die Versorgung mit ambulant psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen als unzureichend und nicht dem Bedarf entsprechend beschrieben (Hillienhof 2007, S. 63; Hillienhof 2014, S. 6; Bühring 2010, S. A226; Bühring 2012, S. A1910; MBZ 2012, S. 11; Gaebel et al., 2013, S. 805; Jachertz 2013, S. 62; Multmeier und Tenckhoff 2014, S. 110). Auch nimmt die Zahl psychischer Erkrankungen seit Jahren

stetig zu (Bühning 2012, S. A1910; Bühning 2013, S. 63; Höhmann 2012, S. 14; Rolfes 2014, S. 31) und sie stehen auf den ersten Plätzen der Erkrankungsstatistiken (Richter-Kuhlmann 2012, S. A1377; Hegerl und Friede 2013, S. 763; Jachertz 2013, S. 61; Ruprecht und Klüsener 2010, S. 41; Kordt 2012, S. 15ff). Diese Aspekte lassen eine Reform der Vergütungsstrukturen als sinnvoll erscheinen, da die Zunahme psychischer Erkrankungen insbesondere in einem solch personalintensiven Bereich innerhalb der stationären Versorgung zu steigenden direkten Krankheitskosten, jedoch auch durch lange Arbeitsunfähigkeitszeiten zu steigenden indirekten Kosten führt (Berger et al., 2012, S. 212; Gerst 2012, S. 299; Behner et al., 2012, S. 5; TK-Gesundheitsreport 2012, S. 12; BKK Faktenspiegel 2012, S. 1; Bühning 2013, S. 63; Stoppe 2013, S. A543; Hegerl und Friede 2013, S. 763; Multmeier und Tenckhoff 2014, S. 110).

1.2. Problemstellung

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (Heuft et al., 2010, S. 86ff; KHRG) wurden 2009 erste Eckpunkte und Ziele definiert, die durch ein neues Entgeltsystem für den stationär-psychiatrischen Bereich erreicht werden sollen. Diese wurden mit dem Psych-Entgeltgesetz (Laufer und Rummelin R2012, S. 27ff) in die gesetzliche Grundlage umgewandelt, die die Einführung des Entgeltsystems regelt.

Problematisch ist hierbei jedoch, dass die Einführung und Entwicklung eines solchen neuen Entgeltsystems für psychiatrische Leistungen weitgehend an politischen Vorgaben ausgerichtet ist und Wirkungen auf und innerhalb des Gesundheitsmarktes, sowie damit verknüpfte Anreizmechanismen für die im System Beteiligten keiner prospektiven Betrachtung unterzogen werden.

Es ist daher Ziel dieser Arbeit aus einer zunächst theoretischen Perspektive vorhandene Anreizstrukturen und –mechanismen, die mit der Einführung einer neuen Vergütungssystematik für psychiatrische Leistungen verknüpft sind, einer näheren Betrachtung zu unterziehen. Dabei werden im ersten Abschnitt dieser Arbeit die Merkmale einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Dienstleistung definiert und Besonderheiten im Produktions- und Leistungsprozess dargestellt. Daraus folgt die Entwicklung eines theoretischen Modelles, um die mit dem Leistungsprozess verbundenen Beziehungsstrukturen zu definieren. Hieraus werden dann Anforderungen zur Ausgestaltung eines Entgeltsystems für stationäre Leistungen definiert, die im internationalen Vergleich auf Ebene der Gesundheitssysteme und zugehörigen Vergütungsstrukturen eingeordnet werden.

Im zweiten Teil dieser Arbeit erfolgt ein Überblick über den aktuellen Entwicklungsstand der neuen psychiatrischen Entgeltsystematik mit zusammenfassendem Abgleich zu definierten Anforderungen an ein Vergütungssystem. Anhand eines eigenen kalkulatorischen Veränderungsvorschlages werden dann daraus ableitbare Anreizwirkungen dargestellt und zusammenfassend diskutiert.

1.3. Vorgehensweise in dieser Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist in die folgenden Kapitel untergliedert.

Kapitel 1 beschreibt mit der Einleitung und der Problemstellung die zugrundeliegende Fragestellung dieser Arbeit.

Das Kapitel 2 definiert den Produktionsprozess stationär-psychiatrischer Leistungen und stellt damit verbundene Besonderheiten dar.

Im Kapitel 3 wird ein theoretisches Modell zur Vergütung stationär-psychiatrischer Leistungen entwickelt und Anforderungen an ein Entgeltsystem definiert.

Kapitel 4 stellt im internationalen Vergleich Gesundheitssysteme und Vergütungsstrukturen stationärer Leistungen dar.

Das Kapitel 5 gibt einen grundlegenden Überblick über das deutsche Gesundheitswesen und den aktuellen Entwicklungsstand zum neuen Vergütungssystem in der Psychiatrie, den sog. PEPP-Entgelten (Pauschalierendes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik). Am Ende werden damit verbundene Anreizwirkungen und –mechanismen unter Bezug auf die definierten Anforderungen an ein Entgeltsystem und bezogen auf das deutsche Gesundheitswesen diskutiert.

Kapitel 6 zeigt mögliche Lösungsansätze auf, die unter Berücksichtigung des aktuellen Entwicklungsstandes der PEPP-Entgelte zu einem konkreten Veränderungsvorschlag führen, der kalkulatorisch dargestellt und abschließend einer zusammenfassenden Bewertung unterzogen wird.

Kapitel 7 und 8 beinhalten eine zusammenfassende Beurteilung und den Ausblick.

2. Der Produktionsprozess von Gesundheitsdienstleistungen

Diese Arbeit befasst sich mit Vergütungsstrukturen stationär-psychiatrischer Leistungen im deutschen Gesundheitswesen. Es erscheint daher für ein ausreichendes Verständnis dieser Thematik notwendig, zunächst den Produktionsprozess gesundheitlicher Dienstleistungen näher zu betrachten. Hierbei muss dann insbesondere auch auf die Besonderheiten psychiatrisch-psychotherapeutischer Dienstleistungen fokussiert werden, da diese, verglichen zu anderen gesundheitlichen Dienstleistungen, einige Spezifika aufweisen.

Diese Betrachtungen erfolgen im Kapitel 2, das mit einer Einordnung im wirtschaftswissenschaftlichen Kontext endet.

Es bildet damit grundlegende Überlegungen ab, auf denen dann die Betrachtungen des 3. Kapitel aufbauen. Nach Einordnung der interaktionellen Strukturen der beteiligten Instanzen im Produktionsprozess gesundheitsdienstlicher Leistungen erfolgt die Entwicklung eines gesundheitsökonomischen Modelles. Dieses wird den Ausgang bilden für die dann folgenden weiteren Kapitel und Überlegungen.

2.1. Gesundheitsdienstleistungen

Als der zentrale Produktionsprozess bei gesundheitsdienstlichen Leistungen kann der Behandlungsprozess bei einer Krankheit angesehen werden. Zu diesem Prozess gehören diagnostische wie therapeutische Maßnahmen, die teils auch vor- oder nachstationär erbracht werden können. Dies gilt gleichermaßen für Behandlungsprozesse im somatischen Bereich (wie der Inneren Medizin, Chirurgie, Gynäkologie u.v.a.) wie auch für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen. Dabei finden sich jedoch deutliche Unterschiede im Produktionsfaktorenverhältnis und Mitteleinsatz. Die Beziehung zwischen Behandler und Patient stellt das Kernelement im psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsprozess dar. Daher kann dieser Prozess als eine Arbeitsleistung beschrieben werden, die vom Behandler dem Patienten angeboten wird und die das beim Patienten vorhandene Bedürfnis nach Gesundung oder Linderung der Beschwerden befriedigen kann. Weitere Hilfsmittel und andere Sachgüter, die wie bei einer industriellen Produktion ein Bedürfnis befriedigen können (Meffert und Bruhn 2003, S. 10), spielen bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung eine

untergeordnete Rolle und können, verglichen zu anderen somatischen und operativen medizinischen Fachrichtungen, in diesem Rahmen vernachlässigt werden. Nicht umsonst wird die Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie als sprechende Medizin bezeichnet. Ähnlich wie bei einer unternehmensberatenden Dienstleistung ist der Großteil des Leistungsprozesses durch Immaterialität gekennzeichnet.

Der Behandlungsprozess bei Krankheiten ist also als Dienstleistung zu bezeichnen. Diese hat wiederum grundsätzlich einen prozessualen Charakter. Das bedeutet, dass der Nachfrager als externer Faktor, in diesem Falle als Patient, immer Teil des Produktionsprozesses ist und dass er immer auch eine unterschiedlich ausgeprägte eigene Aktivität in diesem Prozess übernehmen muss (Berekoven 1966, S. 314). Diese Aktivität ist geprägt durch ein „Kennen“, „Können“ und „Wollen“ (Gouthier 2000, S. 327). Dabei muss er seine Bedürfnisse kennen und wissen, wie diese befriedigt werden könnten. Gleichzeitig muss der Patient in der Lage sein, sich nach den Empfehlungen und Vorgaben des Behandlers zu richten („Können“). Schließlich muss er auch grundsätzlich zur Behandlung motiviert sein („Wollen“). Der Patient stellt also einen co-produzierenden Part oder Co-Produktionsfaktor dar (Wille und Ulrich 1991, S. 27; Schneider 1998, S. 18; Gouthier 2000, S. 339; Greiling 2010, S. 60) und die Produktion sowie der Konsum der gesundheitlichen Leistung fallen zusammen, entsprechend dem sog. Uno-Actu-Prinzip (Hajen 2000, S. 54). Insbesondere im Hinblick auf den Produktionsprozess psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen besteht ein zwingend synchroner Kontakt zwischen Dienstleistungsanbieter (Therapeut) und Nachfragendem (Patient). Ohne regelmäßigen direkten Kontakt zwischen Behandler und Patient kann in diesem Rahmen kaum eine (wirkliche) Therapie und damit ein Produktionsprozess bzw. die therapeutische Leistung beginnen und erfolgen.

Es erscheint daher auch sinnvoll, sich der Beziehung der beiden beteiligten Instanzen (also Behandler/Therapeut und Patient) aus der Dienstleistungsperspektive zuzuwenden, um vorhandene Eigenschaften herauszuarbeiten. Da Gesundheitsdienstleistungen jedoch gleichzeitig weitere Instanzen und damit Beziehungen, z.B. zu den Kostenträgern, anderen Behandlern und Institutionen aufweisen wie auch durch gesetzliche Vorgaben beeinflusst werden, darf auch diese Mehrdimensionalität nicht vernachlässigt werden. Der

therapeutische Leistungsprozess besteht also aus einem äußerst komplexen System konkurrierender Faktoren und stellt einen sehr heterogenen Produktionsprozess dar (Gaynor 1994, S. 16; Schneider 1998, S. 17).

Diese Komplexität des Systems wird wiederum durch einige Besonderheiten von Dienstleistungen beeinflusst. Das Produktionsergebnis einer therapeutischen Dienstleistung hängt nicht nur von dem eigentlichen Produktionsprozess ab, sondern kann auch (teils erheblich) durch den Nachfragenden beeinflusst werden. Dieser kann bewusst oder unbewusst steuernd eingreifen. Der Konsument der Leistung ist somit umfangreich beteiligt, was auch mit dem Grad an Integration oder Integrativität bezeichnet wird (Woratschek 2001, S. 263).

Weiterhin sind Dienstleistungen überwiegend immaterielle Güter, was die Beurteilung der Qualität einer gesundheitlichen Dienstleistung sehr schwierig werden lässt. Der Konsument entscheidet weitgehend subjektiv und nach persönlichen Präferenzen (Reißig 2009, S. 10), da oftmals eine mangelnde Vergleichbarkeit und hohe Beschaffungsunsicherheit vorliegen (Engelhardt et al. 1993, S. 418). Hieraus kann ein verändertes Nachfrageverhalten des Betroffenen resultieren, sodass u.U. die Nachfrage mit steigendem Preis zunimmt (höherer Preis = bessere Qualität, was auch als inverses Nachfrageverhalten bezeichnet wird) oder auch komplett davon abgekoppelt wird, da der Anbieter (der Behandler) diese „anbietet“ bzw. verordnet. Gemeint hierbei ist die Problematik der angebotsinduzierten Nachfrage, die insbesondere bei der Betrachtung gesundheitlicher Dienstleistungen eine Rolle spielt (Breyer et al. 2005, S. 334).

Beide Besonderheiten der therapeutischen Dienstleistung, ein hoher Grad an Integration (des Konsumenten) und die Immaterialität (der Leistung), bedingen einen weiteren wichtigen Faktor (Woratschek 1996, S. 61ff). Psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen sind mit einer hohen Beschaffungsunsicherheit und beschränkter Wahrnehmbarkeit verbunden, was insgesamt zu Informationsasymmetrien führen kann.

Der Nachfragende kann die Qualität und den Nutzen einer gesundheitlichen Dienstleistung typischerweise nicht vorher oder gar nicht bzw. oftmals erst spät (nach dem Konsum) beurteilen (Hajen 2000, S. 54). Der Nachfragende verfügt über keine Transparenz bzgl. des Marktes angebotener gesundheitlicher Dienstleistungen. Das

Angebot ist für ihn grundsätzlich unüberschaubar. Dies hat mehrere Gründe. Einerseits besteht die Problematik einer begrenzten Informationsverarbeitungskapazität des Einzelnen (Dietl 2007, S. 1750), die im Sinne des Transaktionskosten-Ansatzes auf institutioneller Ebene als beschränkte Rationalität beschrieben wird. Andererseits sind die Anbieter aus unterschiedlichen Gründen in ihrer Freiheit eingeschränkt, über das angebotene Produkt vor Konsum für die Nachfrageseite Informationen bereitzustellen. Schließlich besteht oftmals bei der Nachfrage einer gesundheitlichen Dienstleistung für den Konsumenten keine Zeit mehr (im Falle einer Notfallbehandlung), sich über die Anbieter vorher zu informieren und eine Wahl zu treffen.

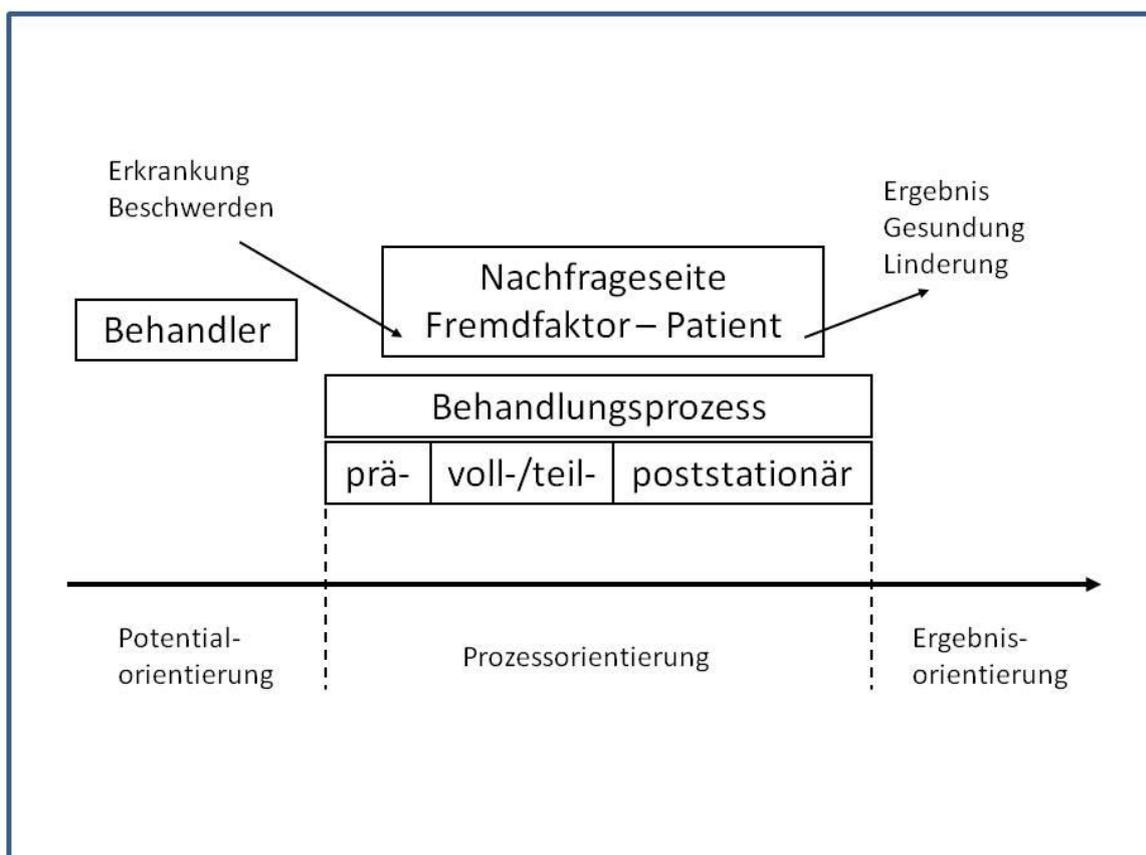


Abbildung 2.1

Produktionsprozess gesundheitsdienstlicher Leistungen. (Quelle: eigene Darstellung)

2.2. Besonderheiten im psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsprozess

Für das Verständnis der Beziehung zwischen Behandler und Patient im psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsprozess erscheint es wichtig, nochmals auf einige Besonderheiten dieser Beziehung einzugehen. Hierbei sind als wesentliche Faktoren die eigentliche Motivation zur Behandlung und die damit verbundene Therapietreue, die sog. Compliance, der nachfragenden Patienten zu nennen.

Der Patient, der stationär-psychiatrisch behandelt werden soll, nimmt von Beginn des Produktionsprozesses eine aktive Rolle ein. Verglichen zu einem Patienten der bspw. in der Chirurgie nach einem Beinbruch behandelt wird, muss der psychiatrisch-psychotherapeutische Patient früh aktiv am Behandlungsprozess mitwirken. Ein chirurgischer Patient wird möglicherweise zunächst operiert, muss sich dann evtl. körperlich schonen (eher passive Rollen), bevor die Behandlung z.B. durch Krankengymnastik beginnt und von ihm aktiver als zuvor beeinflusst werden kann. Dies erfordert also zunächst eine eher passive Rolle, die in eine immer aktivere Position den Produktionsprozess seiner Genesung beeinflussenden Anteil übergeht.

Im Vergleich dazu wird dem Patienten in einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext von Beginn an mehr Aktivität abverlangt bzw. vorausgesetzt, als es beispielsweise der Fall bei einem chirurgischen Patienten ist. Problematisch ist jedoch, dass ein Teil der psychischen Erkrankungen mit einer Unfähigkeit einhergeht, die grundsätzliche Notwendigkeit zur Behandlung einzusehen. Dies kann in der aktuellen Krankheitssymptomatik begründet sein. So kann ein Patient stark depressiv sein und damit ein deutliches Defizit in der Motivation aufweisen, obwohl er grundsätzlich und insbesondere im gesunden Zustand die Notwendigkeit einer solchen Behandlung nachvollziehen und auch einsehen würde. Bei einem weiteren Anteil psychischer Erkrankungen bestehen dahingehend Defizite und Einschränkungen, dass die Notwendigkeit zu einer Behandlung grundsätzlich und krankheitsbedingt nur einschränkt oder überhaupt nicht verstanden bzw. eingesehen wird. Ein typisches Beispiel wäre hier ein Patient mit einer akuten schizophrenen Psychose oder einer Demenz. Auch bei diesen Beispielen wird die Problematik einer beschränkten Rationalität deutlich. So sprechen Breyer et al. (2005, S. 179) von drei Stufen der Unfähigkeit, rationale Entscheidungen bzgl. des Konsums

gesundheitlicher Dienstleistungen zu treffen. Bei dem letztgenannten Patienten, mit einer akuten Psychose oder Demenz, kann von vollkommener Unfähigkeit zu rationalen Entscheidungen gesprochen werden. Eingeschränkt kann diese Fähigkeit bei einem schwer depressiven Patienten sein, der in diesem Rahmen nicht rational entscheiden kann, dennoch willentlich eine therapeutische Maßnahme einer anderen vorzieht.

Ein Patient, der aus seiner Perspektive mit ungestörter, also vollkommener Rationalität und als souveräner Kunde über die von ihm abgerufene Leistung entscheidet, wäre der dritte Typus. Es könnte sich um einen weitgehend als „gesund“ und im allgemeinen Leben unbeeinträchtigten Menschen handeln, der dennoch aus persönlichen Gründen oder wegen einer nur geringen Beeinträchtigung (bspw. spezifische Angst) eine Psychotherapie wünscht, jedoch auch ausreichend Zeit hat, um den richtigen Behandler zu finden.

Die Motivationslage des Nachfragenden, eine Behandlung zu beginnen, und die davon im Weiteren abhängende Therapietreue führt dazu, dass im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext früher als in anderen medizinischen Fachgebieten unklar ist, in wieweit der Patient im eigentlichen Behandlungsprozess mitarbeitet. Es geht also um die Problematik eines begrenzten und im Verlauf des Produktionsprozesses auch sich verändernden Informationsstandes zwischen Nachfrage- und Anbieterseite. In der Literatur finden sich eine ganze Reihe von Modellen und Betrachtungen, bei denen ein- und beidseitige Informationsasymmetrien im Arzt-Patienten-Verhältnis betrachtet werden (Schneider 2002, S. 450). Diese bilden einen Teil für das im Kapitel 3 entwickelte Modell zur Betrachtung der Faktoren psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen.

Neben der Motivationslage und der Therapietreue stellt die Beziehung zwischen dem Behandler und dem Patienten im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext eine weitere Besonderheit dar. Je mehr das Beziehungsgefüge und damit verbundene Erleben für den Patienten den eigentlichen therapeutischen Nutzen darstellt (bspw. korrigierende Beziehungserfahrungen des Patienten mit dem Therapeuten gemeinsam), desto weniger austauschbar ist der Behandelnde bzw. der Dienstleistungsanbieter. Der Behandlungserfolg ist in diesem Falle deutlich von beiden Beteiligten, dem Patienten selber und auch von der Person des Behandlers,

abhängig. Innerhalb der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung stellt die tiefenpsychologisch-analytisch orientierte psychotherapeutische Behandlungsbeziehung dafür ein typisches Beispiel dar. Im Rahmen einer psychiatrischen Krisenintervention, bei der notfallmäßig der beschützende Rahmen der Institution und des damit vorhandenen Personals die Wirkung hervorrufen, fokussiert sich dies (zunächst) nicht so sehr auf eine bestimmte Person und die Beziehung, sondern vielmehr auf den vorhandenen institutionellen Rahmen.

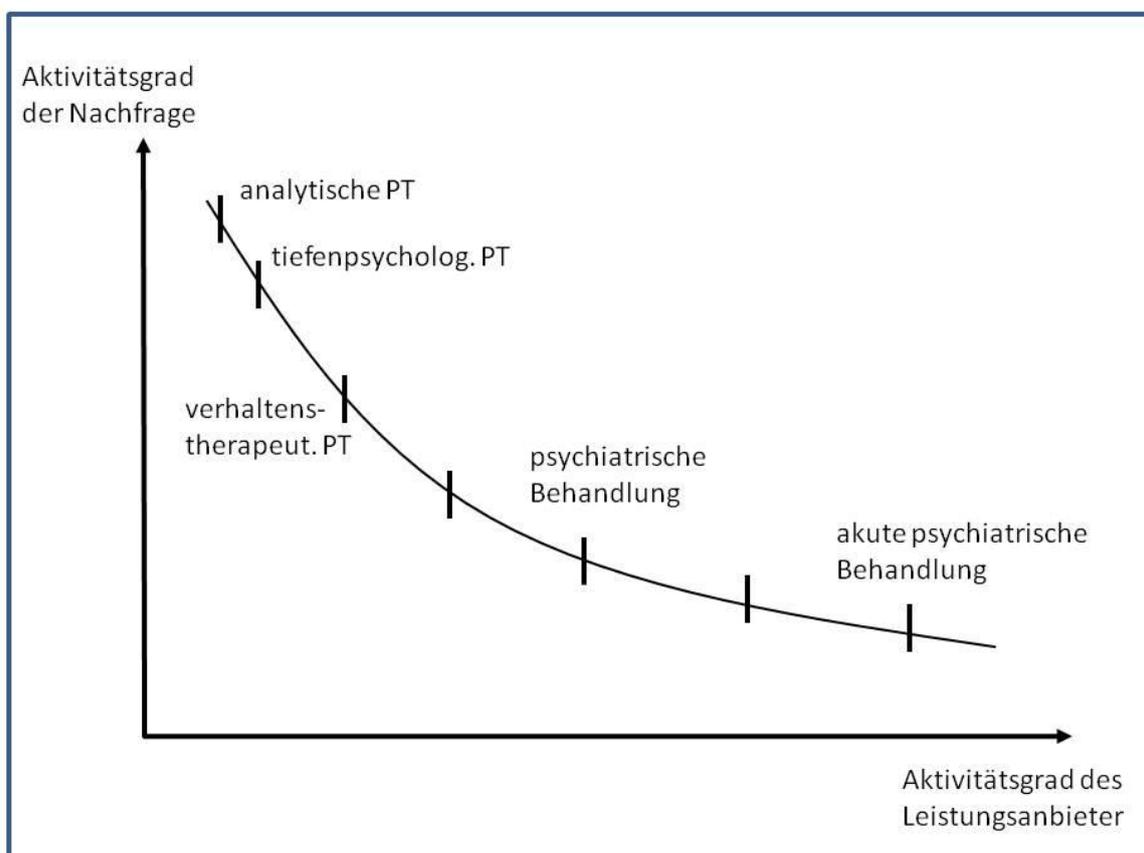


Abbildung 2.2

Aktivitätsgrade des Anbieters und Nachfragers im Produktionsprozess. Verdeutlicht soll hier werden, dass der Patient im analytischen Psychotherapieprozess wesentlich aktiver im Behandlungsprozess eingebunden ist, als bspw. ein depressiv Erkrankter, der im Sinne einer Krisenintervention und u.a. mit Hilfe von Medikamenten auf einer Station behandelt werden muss. (Quelle: eigene Darstellung)

Das bedeutet also, dass der Therapieprozess als Produktion unterschiedliche Spezifizierungsgrade aufweisen kann. Reicht, wie beim Beispiel der Krisenintervention, der institutionelle Rahmen zur Behandlung, dann sind beide Akteure weniger voneinander abhängig und auch ausbeutbar, als bei der eigentlichen engen psychotherapeutischen Behandlung (Dietl 2007, S. 1751).

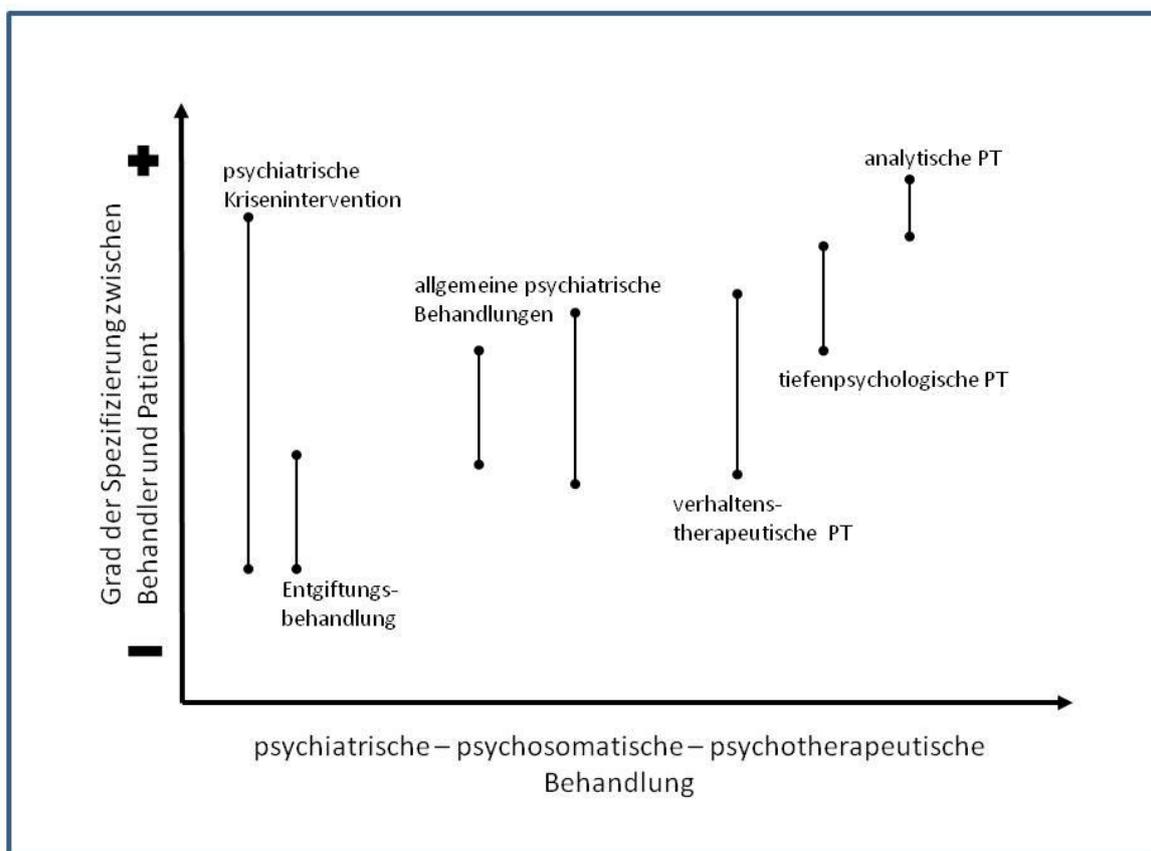


Abbildung 2.3

Spezifizierungsgrade des Behandlers im Produktionsprozess. Bei einer Krisenintervention kommt es meist nicht auf die spezifische behandelnde Person an. Diese ist austauschbar. Betrachtet man im Vergleich dazu eine analytische Psychotherapie, dann hängt die therapeutische Beziehung in hohem Grade von der Person des Behandlers ab. Diese ist kaum austauschbar. (Quelle: eigene Darstellung)

2.3. Zum Begriff Gesundheit und gesundheitliche Dienstleistungen

Entsprechend der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) handelt es sich bei Gesundheit um einen „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 2009). Der Begriff der Gesundheit ist also zunächst relativ weit gefasst und kann unterschiedlich ausgelegt werden, sodass eine individuelle Abhängigkeit vom Einzelnen besteht. Die Gesundheit des Einzelnen wird damit durch die innerpsychische Individualität unterschiedlichsten Bewertungen unterzogen. Dies führt zu zwei Schwierigkeitsgraden. Die in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung definierten Ziele gestalten sich häufig sehr dynamisch. Das heißt der Grad der Ergebniserreichung unterliegt somit einer großen Variabilität und wird bzw. kann zu Beginn selten eindeutig und endgültig festgelegt werden, wie bspw. bei der chirurgischen Versorgung eines Beinbruches.

Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung kann damit deutlich schlechter bezogen auf ihre notwendige Dauer vor Beginn der Behandlung bemessen und eingeschätzt werden. Werden dennoch zu Beginn Ziele für die Behandlung festgelegt und gleichzeitig beschlossen, dass diese auch erreicht werden sollen, dann lässt sich eine weitere Problematik ableiten. Es ist vorher kaum möglich den notwendigen Faktoreinsatz zur Erreichung dieser Ziele abzuschätzen, wie es auch kaum möglich ist, die dafür notwendige Dauer zu bemessen.

Der Nachfragende als externer Faktor bringt zwar eine aktive Rolle in den Produktionsprozess ein, ist jedoch für den Anbieter der Leistung damit auch wesentlich schlechter einschätzbar, also mit mehr Unbekannten verbunden. Es fällt verglichen dazu leicht, den notwendigen Mitteleinsatz der Dienstleistung Friseurbesuch abzuschätzen. Von Beginn steht das zu erreichende Ergebnis fest. Der Nachfragende muss entscheiden, ob er bereit ist, den zeitlichen Aufwand, den finanziellen Einsatz und einen damit verbundenen Nutzenentgang einer anderen Beschäftigung zu investieren.

Streng genommen muss sich der nach einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistung Nachfragende die gleichen Fragen stellen bzw. entsprechende Entscheidungen treffen. Das wird er auch. Dennoch kann der durch den Nachfragenden empfundene Mangel wesentlich schlechter definiert werden. Der Nachfrager kann diesen Mangel zwar aus seiner Sicht subjektiv beschreiben und zu

erreichende Ziele benennen. Es stellt sich jedoch eine hohe Subjektivität dar. Der damit verbundene Mitteleinsatz, der für die Erreichung der Ziele notwendig ist, ist von Beginn an jedoch unklarer und unbestimmter als bei oben genannten Dienstleistungen.

Gesundheitsdienstliche Leistungen als Güter zur Befriedigung des Bedürfnisses nach Gesundheit, Linderung oder Genesung eines krankhaften Zustandes sind grundsätzlich knappe Güter und können damit nur begrenzt abgerufen werden. Der Nachfragende muss sich zwei grundlegende Fragen stellen. Er muss einerseits entscheiden, ob die nachgefragten Mittel in der Lage sind den angestrebten Nutzen zu erbringen und andererseits, ob er bereit ist den damit verbundenen alternativen Nutzen, der ihm dann nicht mehr zur Verfügung steht, zu entbehren. Hier findet sich also auf individueller Ebene ein Spannungsfeld zwischen dem Grad der Bedürfnisbefriedigung und dem Einsatz dieser knappen Mittel. Die Reduktion dieses Spannungsfeldes stellt das Ausgangsproblem der (Mittel-)Knappheit dar und bezeichnet nichts anderes als den Begriff des Wirtschaftens (Bartling und Luzius 2004, S. 4).

Dieses Spannungsfeld kann vom einzelnen Nachfrager gesundheitsdienstlicher Leistungen auch auf den dazu gehörenden Dienstleistungsmarkt übertragen werden und stellt das Kernproblem ökonomischer Überlegungen im Gesundheitswesen dar. Erschwert wird dies zusätzlich, da gesundheitliche Dienstleistungen zwar theoretisch jedem zur Verfügung stehen, jedoch nicht von allen Beteiligten gleichermaßen abgerufen werden können (meritorische Güter) (Oberender et al. 2002, S. 15).

Diese Knappheit gesundheitlicher Güter macht ein planvolles Handeln zur Beseitigung bzw. zur möglichst hochgradigen Reduktion der Knappheit notwendig. Es gelten daher auch für die Verteilung der Gesundheitsdienstleistungen bzw. im Gesundheitssektor als Wirtschaftsfaktor grundsätzlich ökonomische Prinzipien.

Auch muss weiterhin bedacht werden, dass alle Akteure im Produktionsprozess gesundheitlicher Dienstleistungen bestrebt sind, ihren Nutzen zu maximieren. Dies geschieht entweder durch einen möglichst geringen Faktoreinsatz bei fixem Output (Minimumprinzip) oder durch einen fixen Einsatz wird ein maximaler Output (Maximumprinzip) angestrebt. Das bedeutet auch, dass die einzelnen Akteure zunächst auf sich fokussiert sind und sich rücksichtslos, opportunistisch gegeneinander verhalten.

3. Modell Leistungsanbieter-Patient-Kostenträger

In diesem Kapitel sollen die Beziehungen zwischen Patient, Leistungserbringer und Kostenträger innerhalb eines Modells als grundlegende Theoriestructur mit Verhaltensannahmen und Überlegungen zur Ausgestaltung eines Entgeltsystems stationär psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen entwickelt werden. Dabei wird zunächst nochmals eingehender die Beziehungsebene untersucht. Hierbei werden Begrifflichkeiten der Principal-Agent Theorie (Schreyögg und Geiger 2008, S. 310; Picot et al., 2012, S. 89) herangezogen. Diese werden dann auf die institutionelle Ebene der Hauptakteure (Patient, Leistungserbringer und Kostenträger) erweitert und übertragen.

3.1. Vorüberlegungen zur theoretischen Einordnung

Da die Kernleistung im Gesundheitswesen die therapeutische Dienstleistung zwischen Behandler und Patient ist, stellt dies auch die Kernbeziehung dar. Hierbei handelt es sich um die Beziehung zwischen einem einzelnen Arzt oder Therapeuten und seinem Patienten. Die Instanz des Behandlers kann jedoch auch durch das Krankenhaus und damit durch mehrere therapeutische Disziplinen (Arzt, Psychologe, Pflegemitarbeiter, andere Therapeuten etc.) vertreten sein.

Die Patient-Behandler-Beziehung ist immer durch eine Reihe Unsicherheiten und asymmetrischer Informationsverteilungen geprägt, die die damit verbundenen Intentionen der beteiligten zwei oder mehrerer (therapeutischer) Akteure auszeichnen und beeinflussen können. Die Principal-Agent Theorie liefert Ansätze dieses Beziehungsgefüge zu betrachten (Blomqvist 1991, S. 413; Schneider 1998, S. 6; Schneider 1999, S. 7; Schneider 2001, S. 4). In der Literatur wird damit insbesondere die Arzt-Patient-Beziehung beschrieben, was hilfreiche Hinweise zur Einordnung der vorhandenen Anreizstrukturen liefert. Die Principal-Agent Theorie kann jedoch nicht komplett und kritiklos auf das Gesundheitswesen und die damit verbundenen Beziehungen übertragen werden (Schneider 1998, S. 16; Schneider 1999, S. 3), was insbesondere daran liegt, dass die therapeutische Beziehung zwischen Behandler und Patient sich letztlich nie nur auf diese beiden Akteure beschränkt. Entsprechend der vorhandenen Strukturen im Gesundheitswesen spielt noch die Instanz des Kostenträgers eine wichtige Rolle. Dies gilt insbesondere, wenn

man die Vergütungssystematik und die damit verbundenen Anreizmechanismen betrachten will. Nach Laux sollten solche Anreizsysteme überprüfbar sein, da immer enge Zusammenhänge zwischen Risikoverhalten, Anreizen und Kontrollintentionen bestehen (Laux 1990, S. 1 ff). Damit wird zudem deutlich, dass die Patient-Behandler-Beziehung zwar auf Beziehungsebene einen Ausgangspunkt darstellen kann, der für die weitergehende Modellentwicklung bzgl. einer Vergütungssystematik stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen jedoch nicht ausreicht. Hier stehen Leistungsbeziehungen auf institutioneller Ebene im Vordergrund. Um diese in die Modellentwicklung einzubeziehen, erscheinen Begrifflichkeiten aus der Institutionenökonomie ebenso hilfreich.

3.2. Begrifflichkeiten der Principal-Agent-Theorie und des Transaktionskosten-Ansatzes im psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsprozess

Die Beziehung zwischen Behandler und Patient im psychiatrisch-psychotherapeutischen Rahmen weist in ihrer Struktur immer hierarchische Beziehungsanteile auf und ist gekennzeichnet von wechselseitigen Informationsasymmetrien. Hierbei sind diese nicht statisch auf einen der Beteiligten innerhalb dieser Beziehung fokussiert, sondern können sich über den Behandlungsprozess verändern. Dies bedeutet, dass unter der Annahme einer durchgehend vorhandenen Informationsasymmetrie im Verlauf auch die gesetzten Ziele des Behandlungsprozesses aus Sicht des Behandlers und des Patienten mehr oder weniger stark divergieren. Die Verhaltensweisen und Absichten des jeweils anderen sind in dieser Beziehung nur beschränkt beobachtbar und einschätzbar (Schneider 2001, S. 9). Es herrscht zwischen den Beteiligten also immer ein nicht zu vernachlässigender Grad an Unsicherheit, der auf den Verlauf des Behandlungsprozesses Einfluss nimmt.

Dies sei nochmals an zwei vereinfachten und grob skizzierten theoretischen Fällen bezogen auf den hier betrachteten Produktionsprozess erläutert. Dabei werden die kennzeichnenden Merkmale psychotherapeutischer Dienstleistungen im Sinne einer hohen Verhaltensunsicherheit, hohen Individualität (der Leistungen) und hohen Integrativität (der Patienten als Konsumenten) deutlich.

Nehmen wir an, dass es sich im ersten Fall um einen Patienten handelt, der sich ein Bein gebrochen (chirurgische Behandlung) hat und im Sinne der Principal-Agent-Theorie zum Auftraggeber, also zum Principal, eines Chirurgen wird. Dieser übernimmt als Agent die entsprechende Behandlung. Es wird in diesem Fall gut nachvollziehbar sein, dass der Principal, also der Patient, ein klar definiertes Ziel hat und dieses vermutlich mit weitgehend unveränderter Vehemenz von Beginn der Behandlung an und während dieser auch weiter verfolgen wird. Er wird bestrebt sein, die vollständige Heilung des gebrochenen Beines zu erreichen. Hierbei wird er seinen eigenen Aufwand und die damit verbundenen Kosten zwar möglichst gering halten wollen, sich jedoch unter Berücksichtigung seiner eigenen beschränkten (nicht-ärztlich-medizinischen) Kenntnisse während des Behandlungsprozesses weitgehend nach den Anweisungen des Agenten richten. Der Principal, also der Patient, kann die Handlungen des Agenten dem Sinn nach und der Notwendigkeit entsprechend nicht vollständig beurteilen. Er wird vor Behandlung dessen Können und auch während der Behandlung die Qualität selbiger nur bedingt beobachten können. Es gelten hier also die drei Typen von asymmetrischer Information (hidden action, characteristics und intention) zunächst überwiegend aus Sicht des Patienten (Amelung 2012, S. 48). Es besteht für ihn Unsicherheit und eine beschränkte Information, die zu einer einseitigen Moral-Hazard-Problematik führen kann (Schneider 1998, S. 5). Damit könnte der Agent bestrebt sein, seinen Nutzen, den er aus der Behandlung zieht, zu maximieren und dabei auch Interessen verfolgen, die von denen des Patienten abweichen (bspw. unnötige Untersuchungen und Behandlungen verordnen). Es besteht also die typische Grundproblematik, mit der sich die Principal-Agent Theorie befasst.

Dieses Beispiel soll einen Fall darstellen, der aus klinischer Sicht verdeutlicht, dass ein Erkrankungsfall, wie die Behandlung einer Knochenfraktur, eine relativ stabile und unveränderbare Zielsetzung des Principal widerspiegelt und damit die Compliance des Patienten bezogen auf den Faktor Beschaffungs- oder Produktionsunsicherheit eher als unproblematisch eingeordnet werden kann. Zudem handelt es sich bei der chirurgischen Behandlung zwar um eine Intervention, bei der ein hohes fachliches Können gefordert ist, für den Patienten jedoch weniger die Persönlichkeit des Agenten im Vordergrund steht, als es bei einer psychotherapeutischen Behandlung der Fall ist. So gesehen weist die chirurgische

Behandlung einen, im Vergleich zur Psychotherapie, geringeren Grad an Spezifität als vom Behandler abhängige Variable auf (vergleiche Abbildung 2.3.).

Im zweiten beispielhaften Fall soll nun die Situation des psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsprozesses betrachtet werden. Damit stellt sich zu Beginn der Behandlung zunächst eine ähnliche Problematik wie oben ein. Der vom Patienten beauftragte Agent, also ein Psychiater oder Psychotherapeut, besitzt einen berufsbedingten Informationsvorsprung, sodass die oben schon dargestellten Asymmetrien ebenfalls vorhanden sind. Der Principal ist nicht in der Lage vorher zu beurteilen, ob die Fähigkeiten des ausgewählten Agenten reichen, um seine Bedürfnisse im Behandlungsprozess zu befriedigen. Er selber befindet sich in einem Zustand, der das Bedürfnis nach Behandlung hervorruft, wobei er nicht von Anfang an wissen muss, welche Ziele (und welchen Genesungsgrad) er auch selber anstrebt. Diese Ziele können sich im Verlauf verändern. Der Agent könnte sich also zunächst ähnlich wie im ersten Fall verhalten und diese professionsbedingte Unsicherheit zum eigenen Vorteil ausnutzen.

Werden nun jedoch die dargestellten Aspekte einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung berücksichtigt, dann wird verständlich, dass im Verlauf der Behandlung regelmäßig eine Problematik einer beiderseitigen Informationsasymmetrie entstehen kann. Die Behandlungsziele und damit der angestrebte Nutzen des Principal, also des Patienten, können aus unterschiedlichen Gründen von Beginn der Behandlung oder während dieser sich ändern oder durchgehend unklar, also vom Agenten nicht beurteilbar oder beobachtbar, sein. Dies kann mit der Grunderkrankung des psychiatrischen Patienten erklärt werden oder von ihm absichtlich „verschleiert“ werden, da er im Sinne von potentielltem Opportunismus (Dietl 2007, S. 1750) möglicherweise ebenfalls eigene, von denen des Agenten abweichende, Ziele verfolgt. Beispielsweise kann es für einen psychisch erkrankten Menschen Sinn machen, das mit der Erkrankung verbundene Verhalten beizubehalten, um bestimmte Vorteile auch in der Zukunft zu erhalten (z.B. vorzeitige Berentung oder einen Behindertenausweis). Dieses Beispiel soll verdeutlichen, dass schon bezogen auf die therapeutischen Ziele, Absichten der beiden Beteiligten, Behandler und Patient, in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Beziehung mehr Unsicherheiten vorhanden sind, als im Vergleich zu einem chirurgischen Behandlungsfall.

Gleichzeitig weist der Behandler hier im psychotherapeutischen Prozess einen höheren Grad an Spezifität auf, als es im ersten Beispiel der Fall gewesen ist. Dies begründet sich in dem Umstand, dass schon die therapeutische Beziehung in der Psychotherapie einen Teil des Produktionsprozesses bedingt und damit einen Produktionsfaktor darstellt.

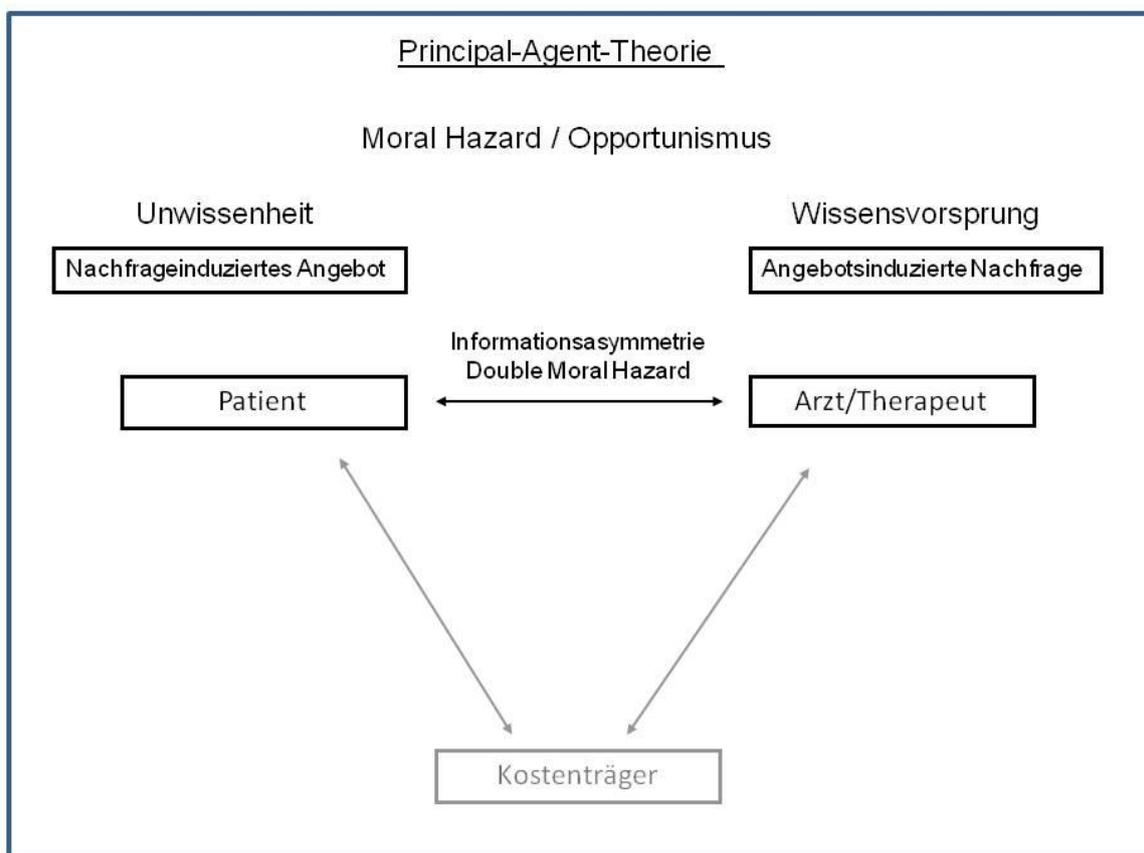


Abbildung 3.1

Die professionsbedingte Informationsasymmetrie zwischen Patient und Behandler führt zu Unwissenheit auf Seiten des Patienten. Dies kann wiederum zu einer Steigerung der Nachfrage nach gesundheitlichen Leistungen führen, die solange ausgeweitet wird, bis Bedürfnisbefriedigung erreicht wurde. Der Arzt weist einen Wissensvorsprung auf und kann verleitet werden, zusätzliche und/oder möglicherweise überflüssige Interventionen anzubieten. (Quelle: eigene Darstellung)

3.3. Übertragung auf den stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsprozess

Im ersten Schritt wurde in diesem Kapitel der therapeutische Prozess aus Sicht der beiden Hauptbeteiligten, dem Patienten und dem Therapeuten, betrachtet. Für die weitere Modellentwicklung und zur Eingrenzung von Anreizstrukturen in einem Entgeltsystem erscheint eine Übertragung auf den stationären Leistungsprozess notwendig. Hierbei wird deutlich, dass nun weitere Instanzen in die Modellbetrachtung einbezogen werden müssen.

Es können die vorherigen Überlegungen bezogen auf das Beziehungsgefüge nicht kritiklos auf den stationären Behandlungsprozess übertragen werden. So finden sich im stationären Bereich schon alleine in der therapeutischen Instanz mehrere Beteiligte, die alle theoretisch eigene Ziele und Absichten verfolgen könnten und damit weitere Informationsasymmetrien, opportunistisches Verhalten und Unsicherheiten auf Seite des Leistungserbringers bedingen würden. Dennoch erscheint es für die Zielsetzung dieser Arbeit sinnvoll, die oben beschriebenen Informationsasymmetrien und Unsicherheiten im Folgenden auch weiterhin in die Überlegungen einzubeziehen. Die therapeutische Instanz, die vorher Behandler genannt wurde, wird im Krankenhaus durch das Personal gebildet. Hierbei stehen die originär ärztlich und psychotherapeutisch arbeitenden Mitarbeiter (Ärzte und Psychologen) im Vordergrund. Es leisten jedoch auch weitere Disziplinen, wie insbesondere die Mitarbeiter der Krankenpflege, der Ergotherapie sowie Kreativtherapie, Krankengymnastik und einige mehr einen wichtigen Beitrag in diesem Leistungsprozess.

Damit soll für die weitergehenden Betrachtungen in dieser Arbeit und insbesondere bezogen auf das im Folgenden entwickelte Modell zur Ausgestaltung einer Entgeltsystematik der Begriff des Behandlers im stationären Bereich immer diese stationäre Instanz gleichermaßen vereinen und als eine Einheit gesehen werden. Die entstehenden zusätzlichen Kosten innerhalb dieser Einheit Krankenhaus während der stationären Behandlung, die durch ein dort vorhandenes ineffizientes Zusammenspiel der therapeutisch Beteiligten entstehen könnten, werden also mit dem Ziel einer Vereinfachung hier absichtlich vernachlässigt. Dies erscheint zudem sinnvoll, da nun auch die Instanz des Kostenträgers berücksichtigt werden muss,

sodass mehr auf den institutionellen Charakter, Gesundheitswesen und Entgeltsystem, fokussiert wird.

Informationsasymmetrien und Unsicherheiten im Behandlungsprozess verursachen Kosten. Diese können als Differenz zwischen dem Idealzustand (first best Lösung), in dem beide bzw. alle Seiten über vollständige Informationen verfügen würden und damit die Absichten der Gegenseite einschätzen könnten und dem Realzustand (second best Lösung) mit unterschiedlich sowie sich verändernder asymmetrischer Informationsverteilung beschrieben werden (Picot 1991, S. 151; Amelung 2012, S. 46).

Eine Besonderheit der Gesundheitsdienstleistung besteht dahingehend, dass zwischen Behandler und Patient keine direkte vertragliche Beziehung vorhanden ist. Die Krankenkasse bzw. Versicherung muss als weitere Instanz, als Kostenträger, ebenso einbezogen werden. Die Nachfrage nach therapeutischen Leistungen, deren Konsum und die damit verbundenen finanziellen Folgen teilen sich also auf mindestens drei Akteure (Patient, Behandler und Versicherer) innerhalb des Gesundheitswesens auf (Schneider 1998; S. 15; Wille und Ulrich 1991, S. 15). Diese vertraglichen Beziehungen stellen auf Institutionsebene die zuvor im Sinne der asymmetrischen Informationsverteilung und der Moral-Hazard-Problematik beschriebenen Beziehungsstrukturen dar. Im Gesundheitswesen fallen aus vertragsrechtlicher Sicht Leistung und Gegenleistung nie zeitlich zusammen, sodass Verträge zumeist unvollständig bleiben, was ebenso zu Informationsasymmetrien zwischen den beteiligten Vertragspartnern führen kann (Dietl 2007, S. 1751). Der Leistungsanbieter und der Patient gehen ein neoklassisches Vertragsverhältnis ein, bei dem Vertragsabschluss und Leistungsfall nicht zusammentreffen (Dietl 2007, S. 1753). Zwischen Kostenträger und Patient findet sich ein eher relationales Vertragsverhältnis, was durch die Komplexität eines Versicherungsvertrages, jedoch auch durch dessen Langfristigkeit und damit verbundenen Unsicherheiten gekennzeichnet ist (Picot und Dietl 1990, S. 181).

Hierbei wird für diese Modellüberlegungen mit Absicht zunächst der Gesetzgeber als staatliche und weitere eingreifende Instanz vernachlässigt.

Neben der Betrachtung der am therapeutischen Leistungsprozess beteiligten Akteure und der vorhandenen Beziehungen, inklusive zugehöriger Anreizmechanismen, erscheint dann eine weitergehende Analyse der vorhandenen Organisationsstrukturen hilfreich. Hierbei liefern Begrifflichkeiten der neuen Institutionenökonomie, wie aus der Transaktionskostentheorie, Ansätze zur Einordnung im Gesundheitswesen. Im Zentrum dieser Theorie steht die Betrachtung und Analyse der wirtschaftlichen Leistungsbeziehungen, wobei die Dienstleistung Therapie von einer vorgelagerten auf eine nachgelagerte Produktionsstufe gelangt. Es steht dabei nicht die Effizienz des eigentlichen Produktionsprozesses, also der therapeutischen Leistung, im Fokus der Betrachtungen, sondern vielmehr die effiziente Gestaltung und Aufrechterhaltung des institutionellen Arrangements zwischen den Beteiligten, in dem therapeutische Leistungsprozesse angeboten werden und erfolgen (Williamsen 1975 S. 1; Picot und Dietl 1990 S. 178). Ziel ist es dann, die institutionelle Form zu finden, bei der die Austauschbeziehungen die niedrigsten Kosten (hier Transaktionskosten) verursachen. Im Gesundheitswesen und im therapeutischen Produktionsprozess finden sich eine Vielzahl von Schnittstellen (z.B. ambulante vs. stationäre Behandlung mit jeweils eigenen Entgeltsystematiken) und damit verbunden ein teils deutlich unkoordinierter Umgang mit den vorhandenen finanziellen und nicht-finanziellen Ressourcen, für die die Transaktionskosten-Ansatz einen Betrachtungsansatz liefert (Amelung 2012, S. 40).

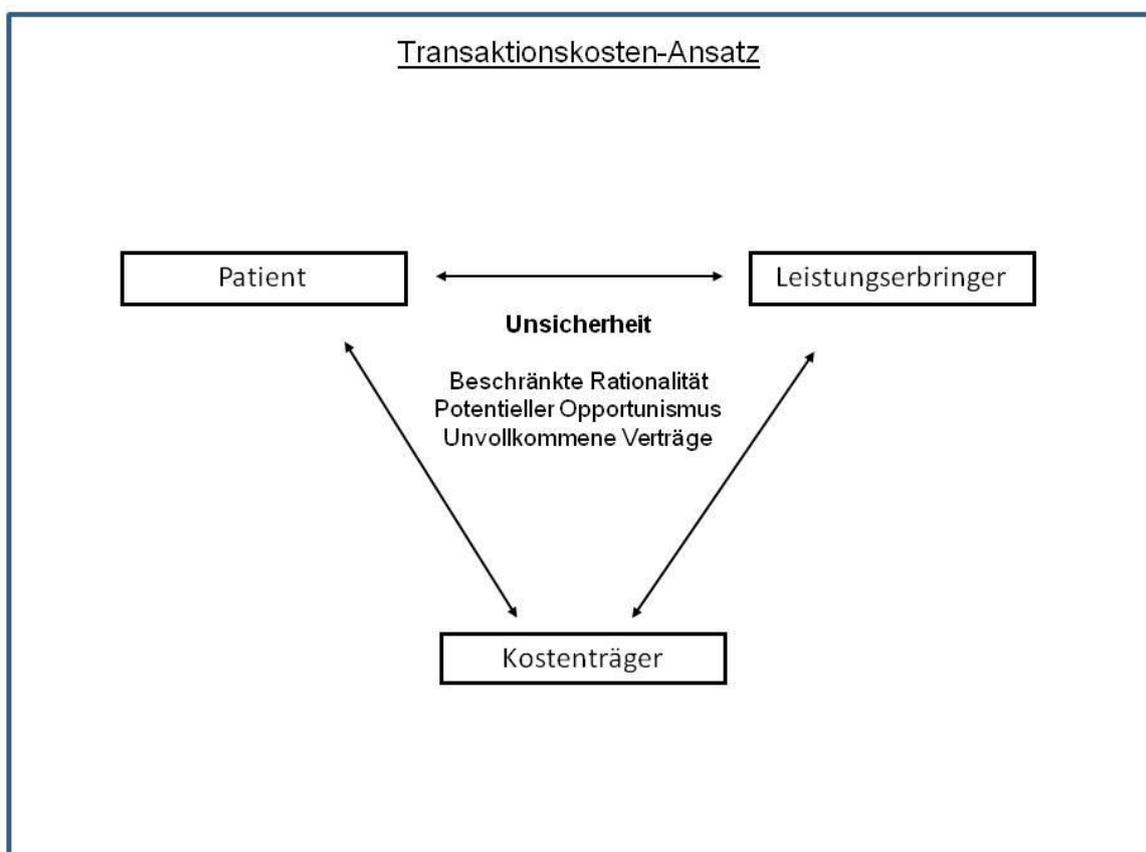


Abbildung 3.2

Informationsasymmetrien und Unsicherheiten, die es in der Behandler-Patient-Beziehung gibt, finden sich ebenso auf institutioneller Ebene. Durch beschränkte Rationalität und schwierige Vertragsgestaltungen können alle Beteiligten verleitet werden, sich opportunistisch gegeneinander zu verhalten. Damit sinkt die Effizienz im Produktionsprozess. (Quelle: eigene Darstellung)

3.4. Verhaltensmerkmale und -annahmen der Beteiligten im psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungsprozess

Unter Berücksichtigung der zuvor formulierten theoretischen Überlegungen werden nun Verhaltensmerkmale der im Produktionsprozess psychiatrisch-psychotherapeutisch beteiligten Akteure dargestellt und diskutiert. Hierbei wird auch auf die durch den Gesetzgeber und das System vorgegebenen Strukturen Bezug genommen, die dann den Rahmen für die Definition der Anforderungen an ein Entgeltsystem geben, um schließlich ein zugrundeliegendes Modell abzuleiten.

3.4.1. Leistungserbringer

Die vorhandenen Informationsasymmetrien und Unsicherheiten, die im Rahmen des psychiatrisch-psychotherapeutischen Produktionsprozesses vorliegen, führen aus Sicht des Leistungserbringers dazu, dass die mit der Leistung verbundenen Kosten und Aufwände zunächst kaum abschätzbar sind. Er wird ein grundsätzliches Interesse daran haben, seine Einnahmen zu steigern und die Kosten gering zu halten. Aufgrund der schlecht einschätzbaren Kosten ist auch anzunehmen, dass der Leistungserbringer möglichst keine Risiken eingehen wird, sich also risikoavers verhält (Breyer et al. 2005, S. 393).

Der Leistungserbringer wird zwar eine gute Kenntnis über seine eigenen Leistungsstrukturen und das damit verbundene Behandlungsvermögen haben. Er kennt in gewissem Umfang auch das für ihn typische Patientenkontingent. Allerdings kann er, insbesondere im psychiatrischen Bereich, durch den gesetzlich verankerten Versorgungsauftrag, der ihn verpflichtet die psychiatrische Versorgung für eine bestimmte Region zu übernehmen, nicht immer entscheiden, welche Patienten er aufnimmt und behandeln wird. Eine damit verbundene unternehmerisch gelenkte Patientenselektion ist somit nur bedingt möglich (Breyer et al. 2005, S. 421), was für den Leistungserbringer weitere Unsicherheiten und geringere Kontrollmöglichkeiten bedingt. Ein solcher Versorgungsauftrag führt außerdem zu zusätzlichen Kosten in die eigene institutionelle Infrastruktur, die vorgehalten werden muss, auch wenn sie unternehmerisch gesehen nur wenig oder nicht optimal ausgelastet werden kann (Neubauer 2010, S. 41; Reif 2012, S. 18; Roeder et al., 2012, S. 575). Hier ergeben sich mehrere Anreize für den Leistungserbringer, die eigenen Kosten gering zu halten, um so am Markt bestehen zu können.

Für den Leistungserbringer, also den Behandler, werden die Ziele des Patienten immer wieder unklar sein (hidden intentions). Er wird das Anstrengungsniveau des Patienten zur Umsetzung und Erreichung der gesetzten Behandlungsziele nur bedingt bis gar nicht beobachten oder beurteilen können (hidden action), obwohl bzw. insbesondere weil dieser als externer Faktor aktiv an der Produktion der Leistung beteiligt ist.

Auch ist die Messung des Behandlungsfortschrittes bzw. das Niveau der Zielerreichung ebenfalls nur bedingt möglich, da diese im Sinne einer Fremdbeurteilung einerseits durch den Behandler beeinflusst werden kann, jedoch andererseits ebenso durch den Anteil an Eigenbeurteilung von der Mitarbeit des Patienten abhängt. Dies verdeutlicht nochmals die aktivere Beteiligung des Patienten im Produktionsprozess psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen verglichen mit einer chirurgischen Behandlung, wie es in Kapitel 3.2. dargestellt wurde. Zudem verdeutlicht es auch nochmals, dass der Behandlungserfolg in der Psychiatrie insgesamt ungewisser ist als in den somatischen Fachbereichen.

3.4.2. Der Nachfragende (Patient)

Auch der Patient wird nicht in der Lage sein, das Anstrengungsniveau des Behandlers und dessen Qualifikation sowie Qualität der Behandlung eingehend zu beurteilen. Im Gegenteil, Notfallbehandlungen werden ihm möglicherweise keine oder nur eine bedingte Auswahl lassen. Es ist anzunehmen, dass er im Produktions- bzw. Therapieprozess sich zunächst dahingehend verhalten wird, dass er sein subjektiv angestrebtes Ziel ebenfalls mit möglichst geringem Aufwand und Widerstände meidend zu erreichen versucht.

Auch aus Sicht des Nachfragenden ist die Qualität der angebotenen Leistung nur begrenzt messbar, da sie insbesondere im psychiatrischen Leistungsprozess von ihm selber abhängt bzw. hochgradig beeinflusst werden kann (hoher Grad an Integrativität). Hierbei sei auf die Abbildung 2.2. verwiesen, die schematisch den Grad der Spezifizierung im psychotherapeutischen Prozess und das damit vorhandene Abhängigkeitsverhältnis (zwischen Behandler und Patient) verdeutlicht.

Betrachtet man die aktuelle Sozialversicherungsstruktur des deutschen Gesundheitswesens, so ist der Patient zunächst als weitgehend risikoneutral zu bezeichnen. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Kostenverantwortung. Finanzielle

Belastungen des Patienten gehen im aktuellen System mit dem Sachleistungs- und (Kosten-)Rückerstattungsprinzip gen null (Schneider 2002, S. 450), was einen bedeutenden Anreiz zum Konsum von Leistungen darstellt. Es gibt zwar verschiedene Zuzahlungsverpflichtungen (Zuzahlungen bei Medikamenten, Krankenhausaufenthalten und Rehabilitationsmaßnahmen o.ä.). Der Patient muss sich jedoch nicht fragen, ob er grundsätzlich bereit wäre, die entstehenden Kosten für die Behandlungen auch selber zu tragen, so als wenn es keine Versicherung dafür gäbe, sondern die Leistungen auf einem freien Markt angeboten und gehandelt würden. Durch das Sachleistungsprinzip bleiben die monetären Aufwände für die erbrachten Leistungen dem Patienten oftmals unbekannt, was ebenso zur Moral-Hazard-Problematik beiträgt, sowie eine teils deutlich überflüssige Ausweitung der Nachfrage nach gesundheitlichen Leistungen bedingen kann. Sein grundsätzliches Ziel wird also sein, bei möglichst geringen Beiträgen und möglichst keinen zusätzlichen finanziellen Belastungen eine maximale Behandlungsqualität abrufen zu können. Er erwartet also ein umfassendes Leistungsangebot als Versorgung, wobei kaum ein eigenes Interesse besteht, nach Konsum der Leistungen im Sinne der Solidargemeinschaft gegenüber den Nachweis zu erbringen, diese Leistungen auch nutzbringend konsumiert zu haben.

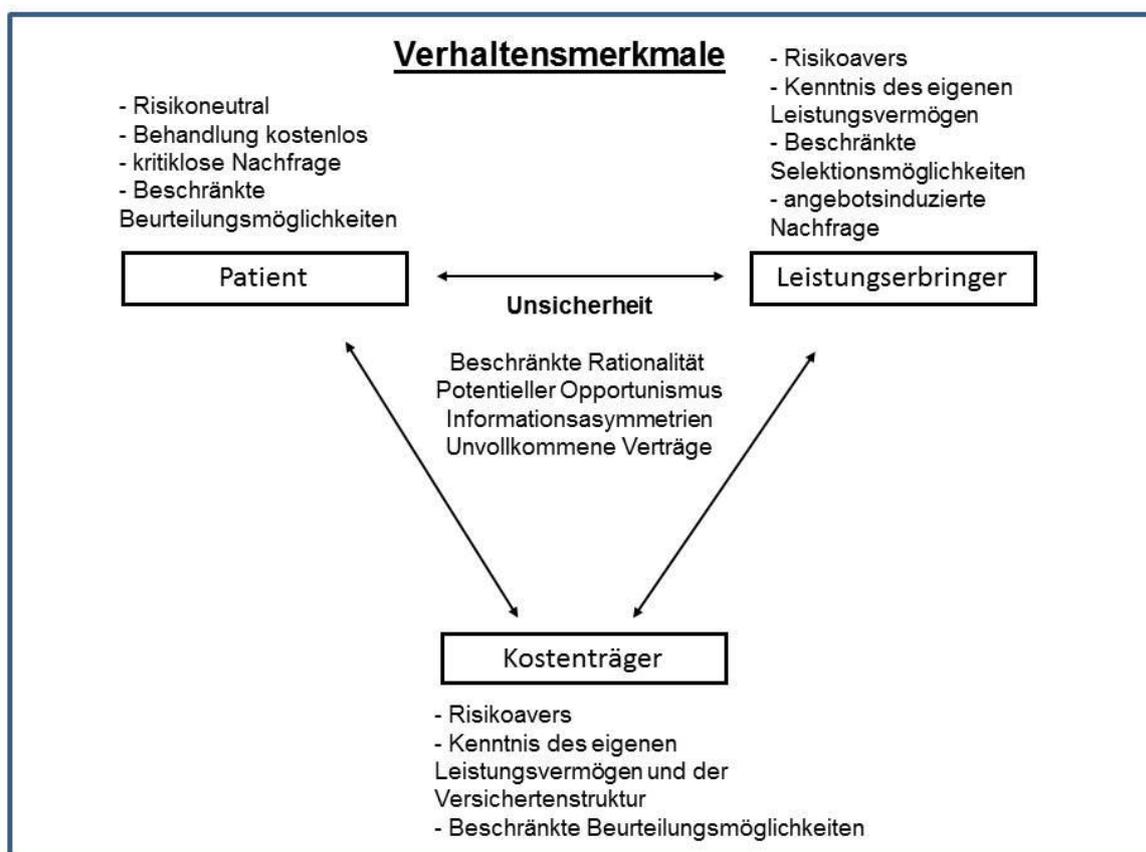
Der Patient muss zwar nicht über die finanziellen Folgen einer Behandlung entscheiden. Er muss jedoch den eigenen Nutzenentgang einschätzen. Hier kann es jedoch auch zu einer Nutzenverlagerung kommen, wenn die Krankheit zwar eine Belastung darstellt, jedoch einen aktuellen Nutzen (bspw. Vermeidung einer Lebensveränderung) oder bezogen auf die Zukunft Vorteile (bspw. Behindertenausweis, vorzeitige Berentung) zu einem späteren Zeitpunkt mit sich bringt. Dann kann es für den Patienten sinnvoll und rational sein, ein die Krankheit aufrechterhaltendes Verhalten beizubehalten, auch wenn ihm aus therapeutischer Sicht etwas anderes geraten bzw. verordnet wird.

In der Zusammenschau der Absichten der beiden am therapeutischen Prozess direkt Beteiligten, dem Leistungserbringer und dem Patienten, wird deutlich, dass für beide die Problembereiche der „hidden intentions“ und „hidden actions“ im Zusammenhang mit der Moral-Hazard-Problematik gleichermaßen gelten. Beide werden immer wieder ein eigenes Interesse daran haben, die Kontrolle im Produktionsprozess zu behalten und das eigene Verhalten zu verschleiern.

3.4.3. Kostenträger

Auch der Kostenträger wird zunächst eine risikoaverse Haltung einnehmen und bestrebt sein, Kostenverantwortung abzugeben, da für ihn ähnliche Annahmen gelten, wie schon für den Leistungserbringer formuliert. Er wird ebenso unternehmerisch bestrebt sein, hohe Einnahme zu generieren und die Ausgaben gering zu halten. Er kennt zwar die für ihn typische Versichertenstruktur, kann jedoch kaum einschätzen, inwieweit die Versicherten sich an Behandlungsempfehlungen halten, sodass das Anstrengungsniveau innerhalb des Behandlungsprozesses auch ihm zu großen Anteilen im Sinne der „hidden actions“ verborgen bleibt. Risiko- und Genesungsverhalten der Versicherten sind durch den Kostenträger nur beschränkt beobachtbar („hidden intentions“) und beurteilbar. Aus dieser Perspektive wird der Kostenträger ein Interesse an einer umfassenden Kontrolle über die erbrachten und genutzten Leistungen haben, da auch für ihn die mit der Behandlung verbundenen Kosten vorher nur bedingt abschätzbar sind. Der Kostenträger wird damit Anreiz haben, eher „gesunde“ Versicherte an sich zu binden, schwer kranke Fälle zu meiden und das Leistungsangebot begrenzt zu halten sowie eher kostengünstige Leistungen anzubieten.

Wird in diesem Zusammenhang erneut die aktuelle Struktur der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in Deutschland berücksichtigt, dann müssen die Kostenträger und die Leistungserbringer ihrerseits mit weiteren Unsicherheiten und möglichen Informationsasymmetrien kalkulieren, die durch die gesetzgeberische Lenkung vorgegeben werden und die zusätzliche Risiken bedingen.

**Abbildung 3.3**

Zusammenfassung der Annahmen und Verhaltensweisen zwischen den drei Hauptbeteiligten und unter Berücksichtigung der vorhandenen Unsicherheiten. (Quelle: eigene Darstellung)

3.4.4. Ziele der drei Beteiligten

Der Produktionsprozess gesundheitlicher Dienstleistungen ist in hohem Grade von vielen unterschiedlichen Faktoren abhängig, die in ebenso unterschiedlichem Maße durch die vorher definierten Verhaltensannahmen der drei (Leistungserbringer, Patient, Kostenträger) bzw. vier (Gesetzgeber) Beteiligten beeinflusst werden.

Nicht nur aus der jeweiligen Perspektive der Profession, sondern auch aus der Tatsache, dass im Sinne der beiderseitigen Informationsasymmetrien und der Double-Moral-Hazard-Problematik das Verhalten untereinander nie komplett

beobachtbar sein wird, ist anzunehmen, dass jeder der Beteiligten mit dem Produktionsprozess psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen zunächst eigene Ziele verfolgt.

Für den Konsumenten der Leistungen, also den Patienten, wurde das primäre Ziel schon im Rahmen der Beispiele im Kapitel 3.2. formuliert. Wie der chirurgische Patient, der die Behandlung einer Knochenfraktur wünscht, ist anzunehmen, dass auch der psychiatrische Patient zunächst das Ziel hat, im Zusammenhang des für ihn subjektiv als belastend empfundenen Zustandes (der psychischen Erkrankung) Hilfe und Entlastung zu bekommen. Dies veranlasst ihn, eine Behandlung nachzufragen. Dabei spielen die definierten Besonderheiten einer solchen Erkrankung und Behandlung (absichtliche oder krankheitsbedingt mangelnde Compliance) zunächst eine untergeordnete Rolle. Auch wird das Ziel dieser Behandlung zu Beginn nicht so eindeutig feststehen, wie es bei dem Patienten mit einer Fraktur der Fall ist. Der Grad der Zielerreichung ist im Kontext psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen deutlich ungewisser als bei somatischen Erkrankungen.

Berücksichtigt man die gesetzlichen Vorgaben im Gesundheitssystem und die damit verbundene Risikoneutralität hinsichtlich der Kosten, so ist außerdem anzunehmen, dass der Patient vom Leistungserbringer eine Behandlung erwartet, die dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand („state of the art“) entspricht und im Sinne des Sachleistungsprinzips für die konsumierten Leistungen keine weitergehende Kostenverantwortung entsteht.

Für den Leistungserbringer und Kostenträger kann angenommen werden, dass sie – unabhängig vom vorhandenen versicherungsstrukturellen Modell – bestrebt sein werden als Dienstleister und Unternehmen am Markt bestehen zu können (Henke und Göppfarth 2010, S. 48; Beivers und Augurzky 2012, S. 125). Ein primäres Ziel wird dann also die finanzielle Sicherung der eigenen Institution sein. In Abhängigkeit der Unternehmensstruktur wird zudem unterschiedlich ausgeprägt der unternehmerische Erfolg (bspw. die Rendite) im Vordergrund stehen. Berücksichtigt man auch aus dieser Perspektive die Strukturen des Gesundheitswesens in Deutschland, bei denen der Gesetzgeber weitgehend eingreift und gesundheitliche Dienstleistungen nicht auf einem freien Markt gehandelt werden, dann müssen sich Leistungserbringer und Kostenträger nach vielen gesetzgeberischen Zielen und

Vorgaben richten bzw. diese erfüllen. Diese gesetzgeberische Lenkung führt ebenso zu Unsicherheiten und kann das Problem unvollständiger Informationen verstärken.

Der Gesetzgeber ist am wenigsten direkt am eigentlichen Produktionsprozess der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen beteiligt, hat jedoch als politische Institution seinerseits eine Reihe von Zielen. Hierbei steht an erster Stelle die Bereitstellung eines ordnungspolitischen Rahmens, in dem die Versorgung der Bevölkerung mit gesundheitlichen Dienstleistungen erfolgen kann. Hierbei sind im Gesetz damit verknüpfte Ziele definiert, sodass u.a. die Leistungen dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen und unter Berücksichtigung der Vorgaben der jeweiligen Versicherungsstrukturen erfolgen sollen (siehe im §2 SGB V).

Es wird deutlich, dass jeder der Beteiligten im Rahmen des Produktionsprozesses gesundheitlicher Leistungen eigene Interessen verfolgt. Diese Interessen sind hinsichtlich des Grades an Übereinstimmung und hinsichtlich der Ziele sowie der Zielerreichung nicht kompatibel. Vielmehr kommt es durch die Besonderheiten bei gesundheitlichen Dienstleistungen zu den Problembereichen der Informationsasymmetrien, zu divergierenden oder inkompatiblen Zielen, was die Komplexität eines solchen Produktionsprozesses und insbesondere die der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen weiter unterstreicht.

Aufgrund dieser unterschiedlichen Interessenslagen ist anzunehmen, dass jeder der Beteiligten unabhängig von der zugrundeliegenden Versorgungs- und Entgeltstruktur in dem jeweiligen Rahmen primär auf die eigenen Ziele fokussiert reagieren wird. Dies gilt insbesondere wenn die Leistungen, wie im Gesundheitswesen, in einem besonderen Marktarrangement erfolgen. In einem solch komplexen System werden Informationsasymmetrien und opportunistische Verhaltensweisen nie komplett beseitigbar sein, sodass Regeln im Sinne eines Entgeltsystems zur Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel unabdingbar sind.

3.5. Grundsätzliche Anforderungen an ein stationäres Vergütungssystem

Die beschriebene schwierige Tatsache, dass es sich um das „besondere“ Gut der Gesundheitsdienstleistungen handelt und die Knappheit der zur Verfügung stehenden Mittel, machen einen planvollen Einsatz der Ressourcen unumgänglich. Dann ist ein Instrument zur Verteilung der Entgelte, ein Vergütungssystem, notwendig, dem als die wichtigste Aufgabe, die Allokation der knappen finanziellen Mittel (Allokationsfunktion) zukommt. Die Ausrichtung und die Anforderungen, die an das Entgeltsystem gestellt werden, müssen sich dabei nach den durch den ordnungspolitischen Rahmen vorgegebenen Normen richten.

Das Vergütungssystem sollte damit für alle der am Produktionsprozess Beteiligten Anreizmechanismen aufweisen, die dazu motivieren, die Gestaltung und Aufrechterhaltung der im Produktionsprozess vorhandenen Austauschbeziehungen effizient erfolgen zu lassen. Dies findet sich entsprechend in den gesetzlichen Vorgaben (§2 SGB V), sodass ein Entgeltsystem Steuerungs- und Anreizfunktionen aufweisen soll, die die Beteiligten (Leistungserbringer, Kostenträger und Konsumenten/Patienten) unter den gegebenen Umständen dazu motivieren, die Leistungen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen bzw. die vorhandenen Ressourcen entsprechend einzusetzen. Es sind Anstrengungen zur Kostensenkung bei gleichbleibender oder steigender Behandlungsqualität zu belohnen und überflüssige oder nicht dem Bedarf entsprechende Leistungen zu begrenzen.

Leistungserbringer und Kostenträger werden jedoch nicht nur aufgrund der Knappheit der vorhandenen Mittel ihre Leistungen wirtschaftlich erbringen wollen, sondern haben auch als Unternehmen grundsätzlich das Ziel, wirtschaftlich zu handeln (Henke und Göppfarth 2010, S. 48; Beivers und Augurzky 2012, S. 125), um so am Markt bestehen zu können und einen Gewinn zu erwirtschaften. Ein Vergütungssystem muss also die Mittel auch adäquat und damit leistungsgerecht unter den Leistungserbringern verteilen, während gleichzeitig daraus für die Finanzierer der Leistungen (Krankenkassen und Versicherte) keine übermäßige Belastung resultieren darf (Amelung 2012, S. 174).

Für Leistungserbringer und Kostenträger sollten Anreize vorhanden sein, ihre Mittel technisch effizient einsetzen zu können, um so ein optimales Produktionsfaktorenverhältnis zu erreichen. Hierbei ist bzgl. des Leistungserbringers

der notwendige Input für den Produktionsprozess der Krankenhausleistung, also die stationäre Diagnostik und Behandlung eines Patienten, gemeint. Mit einem für ihn optimalen Input (Faktoreneinsatz) soll das – in einem gewissen Rahmen vorgegebene – Ziel einer maximalen Behandlungsqualität erreicht werden (Henke und Göppfarth 2010, S. 48). Das Entgeltsystem sollte also auch eine ausreichende Flexibilität ermöglichen, um die Produktionsfaktoren nach eigenem Ermessen und im Sinne eines optimalen Produktionsfaktorenverhältnisses einzusetzen (Henke und Göppfarth 2010, S. 48).

Auf die Produktion von gesundheitlichen Dienstleistungen nehmen Entwicklungen des medizinischen Fortschrittes und eine damit verbundene schnelle Entwicklung der technischen und übrigen Produktionsfaktoren einen deutlichen Einfluss. Gesetzlich vorgegeben sollen die Patienten im Rahmen des Behandlungsprozesses dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend und den medizinischen Fortschritt berücksichtigend versorgt werden (SGB V). Dies bedeutet, dass durch ein Entgeltsystem auch der Anreiz gegeben werden sollte, in neue Diagnose- und Behandlungstechniken zu investieren, um deren Einsatz dann unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu fördern bzw. dies nicht zu behindern (Oberender et al. 2012, S. 19). Hierbei bedingen Innovationen jedoch auch unterschiedliche Anreize. Sie können dabei helfen Kosten zu senken, die Effizienz der Abläufe zu steigern und so die Behandlungsqualität sowie das Ergebnis für die Patienten verbessern. Gleichzeitig können Innovationen auch für den Einzelnen Vorteile gegenüber den anderen Beteiligten ergeben und so opportunistische Verhaltensweisen fördern.

Wird auch die Nachfrageseite, die Patienten als Konsumenten der Leistungen, in diese Überlegungen einbezogen, dann werden weitere Anforderungen an ein Vergütungssystem deutlich. Nicht nur für die Leistungserbringer und Kostenträger, sondern auch für die Patienten erscheint eine ausreichende Transparenz und Praktikabilität des Systems notwendig. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass auch der Patient, ähnlich wie beim Konsum einer anderen Dienstleistung, grundsätzlich ein Interesse hat, den damit verbundenen Kosteneinsatz und Ressourcenverbrauch nachvollziehen zu können. Auf die Ebene der Leistungserbringer und Kostenträger übertragen wird hierbei für diese angenommen, dass sie ein Interesse daran haben,

Transaktionskosten wie bspw. Verwaltungskosten innerhalb der eigenen Institution, jedoch u.U. auch untereinander niedrig zu halten (Amelung 2012, S. 174).

Es wird damit nochmals verdeutlicht, dass die definierten grundsätzlichen Anforderungen an ein Entgeltsystem aus den unterschiedlichen Perspektiven (Patient, Leistungserbringer und Kostenträger) betrachtet zwar nachvollziehbar sind. Jedoch ergibt sich auch gleichzeitig ein deutliches Konfliktpotential, da bei der Produktion von Gesundheitsdienstleistungen immer diese unterschiedlichen Dimensionen der drei Beteiligten vorhanden sind, die divergierend aufeinander treffen und untereinander interagieren können. Aufgrund dieser Komplexität ist anzunehmend, dass es nie ein „optimales“ System geben wird. Es werden immer gegenteilige und inkompatible Interessen vorhanden sein, mit denen kein Ausgleich im Sinne einer optimalen Versorgung erreicht wird.

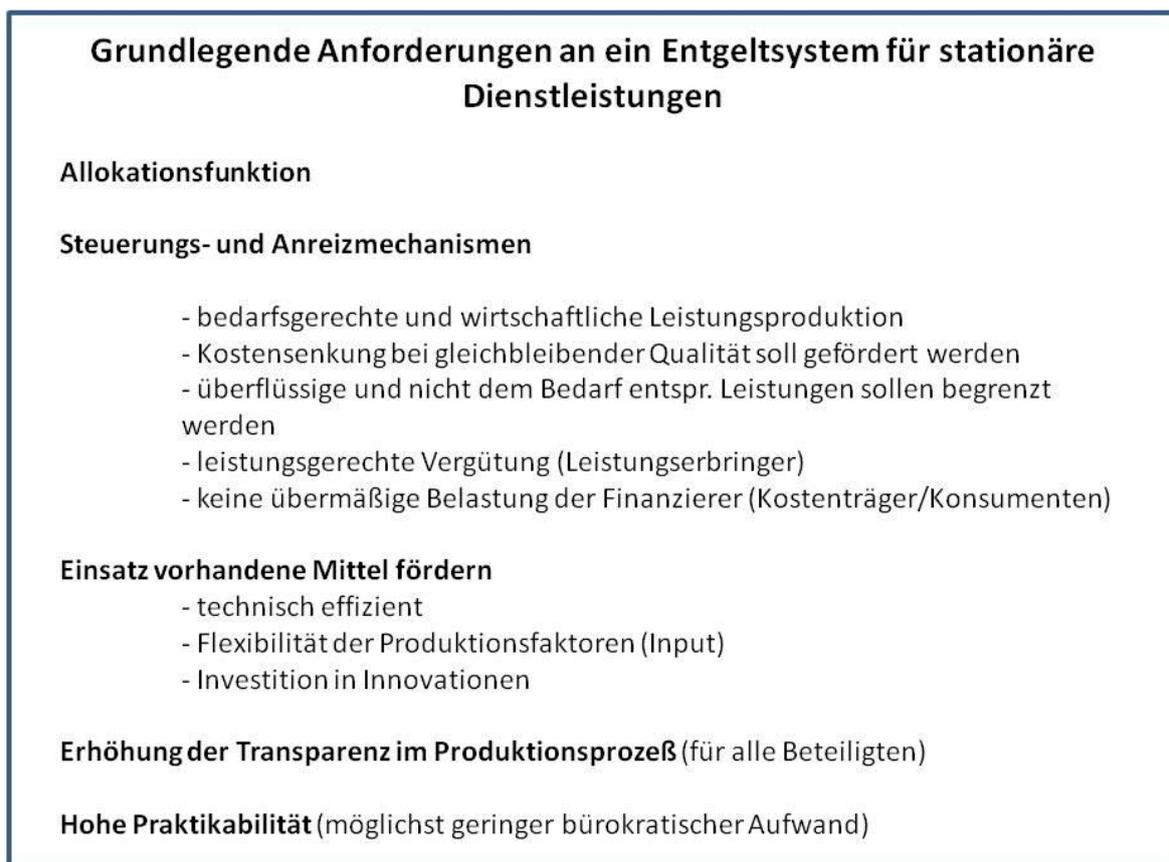


Abbildung 3.4

Zusammenfassung der grundsätzlichen Anforderungen an ein Entgeltsystem für gesundheitliche Dienstleistungen.

3.6. Modellentwicklung und Anforderungen an ein Vergütungssystem für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen

Bei der Entwicklung eines Entgeltsystems für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen geht es ebenso wie bei der Produktion von somatischen Gesundheitsleistungen grundsätzlich um die Schaffung eines Anreizsystems, in dem unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte der Patient einer optimalen Versorgung und Behandlung zugeführt werden kann (Breyer et al. 2005, S. 382). Wirtschaftliche Aspekte beziehen sich hierbei auf die vorher schon beschriebenen Merkmale (Abbildung 3.3.), allerdings auch auf die Notwendigkeit, die vorhandenen knappen Mittel wirtschaftlich sinnvoll einzusetzen und deren Verteilung effizient zu gestalten. Dies kann jedoch aufgrund des höheren Grades an Integrativität bei psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen auch bedeuten, dass nicht immer die monetär preiswerteste Lösung ein hohes Maß an Effizienz und insbesondere optimaler Versorgung aufweist. Dennoch gilt auch hier, dass eine Kostensenkung unter Beibehaltung oder Steigerung der Versorgungsqualität gefördert werden soll. Eine Vergütungssystematik, die als Ziel eine reine Kostensenkung hätte, würde Anreiz dazu geben, die Qualität und Quantität der Behandlung auf ein Mindestmaß zu reduzieren, bestimmte Patientengruppen zu selektieren und letztlich eine einseitig hohe Kostenverantwortung und damit ein einseitiges Risiko verursachen (Breyer et al. 2005, S. 382). Eine solche Entwicklung würde bei der Produktion einer Dienstleistung mit einer so hohen Individualität und hohen Abhängigkeit vom Konsumenten als aktiv beteiligten externen Produktionsfaktor kontraproduktiv wirken.

Dies verdeutlicht, dass ein Entgeltsystem zur Vergütung psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen den in diesem Produktionsprozess vorhandenen Besonderheiten (hohe Integrativität und Individualität sowie teils krankheitsbedingte unzureichende Compliance) gerecht werden muss. Hierbei ist die Rolle des Konsumenten der Leistungen als externer Produktionsfaktor besonders zu berücksichtigen, da er maßgeblich zu Informationsasymmetrien beitragen und damit den Leistungsprozess aktiv im negativen wie auch im positiven Sinne beeinflussen kann. Es sei daran erinnert, dass in diesem Zusammenhang zwei weitere Aspekte zu berücksichtigen sind. Ein Patient im psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsprozess kann einerseits absichtlich im Sinne der „hidden intentions“ ein Interesse daran haben, die mit seiner Person verbundenen Informationsasymmetrien

aufrecht zu erhalten und zu nutzen. Ein solches Verhalten kann jedoch andererseits auch an der vorhandenen psychiatrischen Grunderkrankung liegen, sodass er auf Grund einer mangelnden Krankheitseinsicht im Behandlungsprozess für Informationsasymmetrien und ein opportunistisches Verhalten sorgen kann.

Mit diesen Asymmetrien sind Unsicherheiten und mehr Kalkulationsschwierigkeiten verbunden, als verglichen zu Behandlungen somatischer Erkrankungen. Für den Leistungserbringer, jedoch in einem ähnlichen Rahmen auch für den Kostenträger, sind der Aufwand und die Kosten einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung also zu Beginn kaum abschätzbar und damit mit mehr Unsicherheiten verbunden, als verglichen zu einer somatischen Behandlung, in der deutlich besser eine Standardisierung (bspw. Hüft-Operationen) erreicht werden kann. Patienten mit der gleichen klinisch-psychiatrischen Diagnose, der ICD-Klassifikation entsprechend, fragen nicht zwangsläufig den gleichen Leistungsumfang nach und verursachen demnach auch nicht gleiche Kosten (Gaynor 1994, S. 16; Schneider 1998, S. 17).

Berücksichtigt man zudem die aktuelle Sozialversicherungsstruktur und die vorhandene Vertragsgestaltung sind Leistungserbringer und Kostenträger als zunächst risikoavers zu beurteilen. Der Patient als Konsument von Sachleistungen ohne weitreichende Kostenverantwortung ist hierbei risikoneutral (Abbildung 3.4.).

Durch diese Besonderheiten wird deutlich, dass die in Kapitel 3.5. definierten grundlegenden Anforderungen an eine Entgeltsystematik bezogen auf den Behandlungsprozess psychiatrisch-psychotherapeutischer Erkrankungen besonders gewichtet werden müssen. Hierbei ist die wichtigste Forderung, dass der Patient als externer Produktionsfaktor aktiver und verantwortungsorientierter innerhalb des Leistungsprozesses einbezogen wird, als es bisher der Fall ist. Dies kann u.a. durch eine Verbesserung der Transparenz innerhalb des Leistungsprozesses geschehen.

Auch im psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsprozess findet sich als Folge der Informationsasymmetrien das Problem einer angebotsinduzierten Nachfrage, wie es auch aus vielen anderen Bereichen gesundheitsdienstlicher Leistungen bekannt ist (Zweifel und Breuer 2002, S. 8; Breyer et al. 2005, S. 334). Betrachtet man diesen Begriff jedoch nicht nur aus ökonomischer Perspektive, sondern auch aus klinischer Sicht des Psychiaters und Psychotherapeuten, dann stellt sich die Frage, inwieweit und mit welchem Umfang im psychiatrisch-

psychotherapeutischen Leistungsprozess eine wirkliche durch ein „unangebrachtes“ Angebot vorliegende Steigerung der Nachfrage nach Leistungen vorhanden ist. Eine Abgrenzung zur durch die psychische Erkrankung notwendigen längerfristigen Bindung eines Patienten an einen Behandler (einzelnen Therapeuten oder ein Therapeutenteam), als Zeichen einer guten Behandlungsqualität und Versorgung, ist dabei nicht sicher möglich. Gemeint ist hier die langfristige Bindung eines Behandlers an einen psychiatrisch chronisch erkrankten Menschen, der wiederholt aufgrund seiner Grunderkrankung und einer damit verbundenen mangelnden Krankheitseinsicht nicht in dem Sinne verantwortungsorientiert in den Behandlungsprozess einbezogen werden kann, da er wiederholt scheinbar unangebracht ähnliche bzw. gleiche Leistungen nachfragt.

Dies verdeutlicht, dass im psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungsprozess neben einer aktiveren Integration des Konsumenten auch auf Ebene des Leistungserbringers und Kostenträgers eine Verbesserung des individuellen Einsatzes der Produktionsfaktoren sowie der Kooperation untereinander als Anreiz zur Optimierung der Versorgung sinnvoll ist. Insbesondere hinsichtlich der oben schon erwähnten Problematik einer krankheitsbedingten unzureichenden Compliance im Behandlungsprozess erscheint ein flexibler Mitteleinsatz ein möglicher Anreiz zu sein, die Kooperationsbereitschaft zwischen Leistungserbringer und Kostenträger zu verbessern. Durch ein Mindestmaß an Flexibilität innerhalb der Vergütungssystematik mit individuell verhandelbare Elementen könnte dem Problem einer einseitigen Kostenverantwortung begegnet werden.

Unter Berücksichtigung der im Kapitel 3.5. definierten Verhaltensmerkmale und den hier diskutierten Besonderheiten des psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungsprozesses können die damit abgeleiteten Anforderungen im Modell integriert und dieses auf diesen Produktionsprozess modifiziert werden.

Auf Ebene der Leistungserbringer und Kostenträger erscheint in der Entgeltsystematik eine Leistungsorientierung sinnvoll, um so die damit verbundenen Anreize zu nutzen und Kostenverantwortung nicht übermäßig auf einen der Beiden zu übertragen. Mit einer solchen Leistungsorientierung sollte ebenso eine

Flexibilisierung der Entgeltmodalitäten verbunden sein, um den Besonderheiten im psychiatrisch-psychotherapeutischen Produktionsprozess zu begegnen.

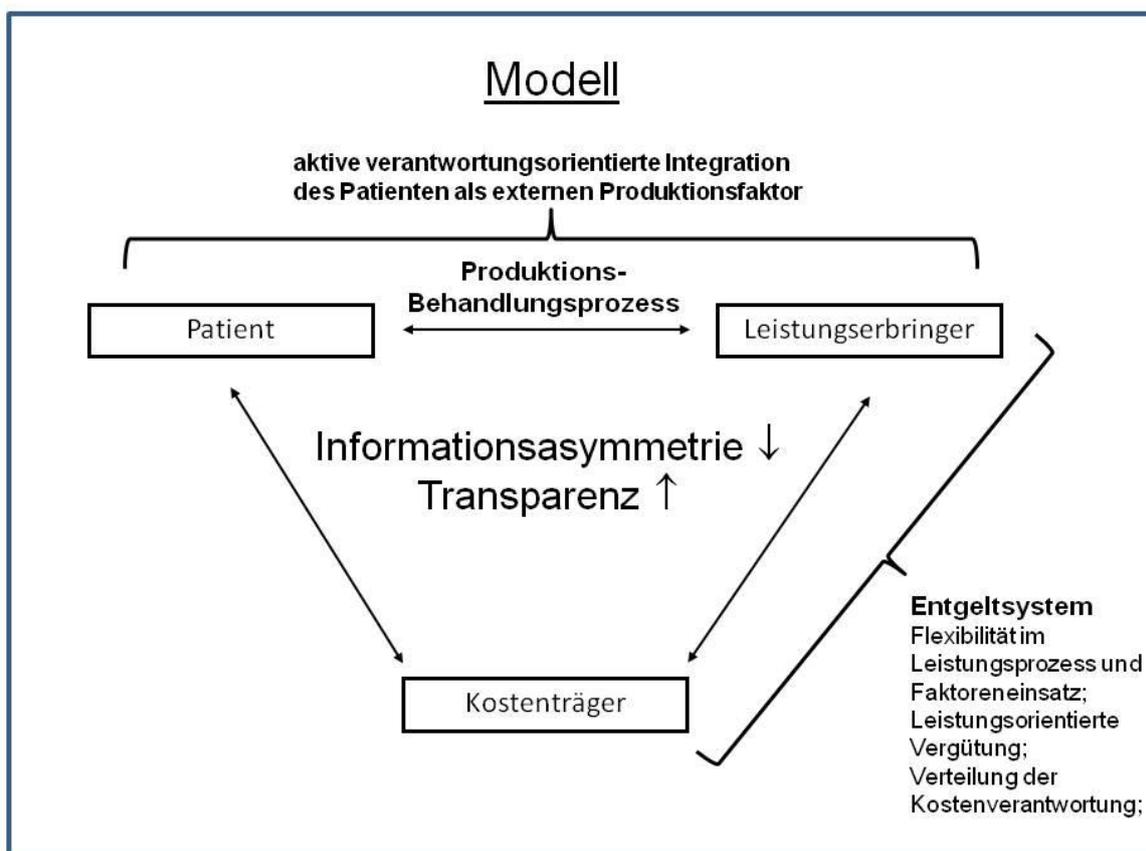


Abbildung 3.5

Im Zentrum dieses Modelles stehen die grundlegenden Ziele einer Erhöhung der Transparenz im Leistungsprozess und die Reduktion von Informationsasymmetrien sowie opportunistischen Verhaltens. Dies gilt für alle drei Beteiligten gleichermaßen, wobei aufgrund der bisherigen Strukturen der Konsument im Besonderen aktiver und verantwortungsorientierter integriert werden muss. (Quelle: eigene Darstellung)

4. Gesundheitsdienstliche Versorgungsformen im internationalen Vergleich

Gesundheitssysteme und die Finanzierung der darin erbrachten gesundheitlichen Dienstleistungen sind nach unterschiedlichen Modellen aufgebaut. Hierbei scheint zunächst eine Unterscheidung in die einzelnen Typologien und vorhandenen Organisationsstrukturen sinnvoll. Innerhalb dieser jeweiligen Struktur erfolgt die Verteilung finanzieller Mittel zumeist budgetär und mit Hilfe unterschiedlicher klassifikatorischer Formen.

Daher werden nun die vorhandenen Typologien, beteiligten Instanzen und Klassifikationen in ihrer theoretischen Form vorgestellt, um sie dann an ausgewählten Länderbeispielen einem realitätsbezogenen Abgleich zuzuführen und die damit verbundenen Anreizmechanismen heraus zu arbeiten.

4.1. Idealtypische Organisationsformen

In Europa und den OECD-Staaten finden sich drei grundlegende Finanzierungsmodelle gesundheitsdienstlicher Leistungen. Hierbei übernimmt entweder der Staat die komplette Organisation und Sicherstellung der Gesundheitsversorgung oder es ist eine Sozialversicherungsstruktur vorhanden, die dies gewährleistet. Bei einer dritten Variante herrscht eine private Versicherungssystematik vor.

Berücksichtigt man zunächst die vorhandene Finanzierungsmethode, so resultiert die der OECD entsprechende Klassifikation, wie sie in der Tabelle 4.1. zusammengefasst ist. Hierbei werden das Beveridge-Modell als öffentlicher Gesundheitsdienst mit steuerlicher Finanzierung und das Bismarck-Modell, bei dem eine Versicherungspflicht in der Sozialversicherung vorhanden ist, unterschieden. Bei letzterem kann der zu leistende Beitrag vom Einkommen der Versicherten unabhängig oder abhängig sein. Als dritte Systematik findet sich das gemischte Modell, bestehend aus freiwilligen privaten Krankenversicherungen und Direktzahlungen (EU 2012, S. 101; Joumard et al., 2010, S. 43).

In einer weiteren Klassifikation werden der vorherrschende Typus der Gesundheitsdienstleister und die damit verbundenen vertraglichen Beziehungen

berücksichtigt, was zur Einteilung im unteren Bereich der Tabelle 4.1. führt. So wird ein öffentlich-integriertes Modell im Sinne des öffentlichen Gesundheitsdienstes definiert. Beim öffentlichen Vertragsmodell besteht eine Mischung der Dienstleister, vergleichbar zur Sozialversicherungssystematik. Das Modell privater Versicherungen sowie privater Dienstleister stellt die dritte Variante dar (EU 2012, S. 102; Paris et al., 2010, S. 6).

	nach Finanzierungsmethode		
	Beveridge-Modell (a) Nationaler Gesundheitsdienst	Bismarck-Modell (b) Sozialversicherungs- system	Gemischte Modell (c)
Grundprinzip	Versorgungsprinzip	Sozialversicherungs- prinzip/-pflicht	freiwillige private Krankenversicherung/ Direktzahlungen
Verwaltung	Staat	Selbstverwaltung	privatwirtschaftlich
Finanzierung	Steuern	Beiträge	Beiträge
Leistungsanspruch	Sachleistungen	Sachleistungen/ Kostenerstattungen	Kostenerstattungen
Umfang	universelle Abdeckung	versicherte Leistungen	versicherte Leistungen
Leistungserbringung	öffentlich	öffentlich/freigemeinnützig/ privatwirtschaftlich	privatwirtschaftlich
abgesicherter Personenkreis	gesamte Bevölkerung	ausgewählte Personengruppen	ausgewählte Personengruppen

	nach vertraglichen Beziehungen der Gesundheitsdienstleister und Kostenträger		
	öffentlich-integriertes Modell (d)	öffentliches Vertragsmodell (e)	Modell privater Versicherungen/ Dienstleister (f)
Finanzierung	Steuern	Steuern/ Sozialversicherungs- beiträge	privatwirtschaftlich
Leistungserbringung	öffentlicher Dienst	öffentlich/freigemeinnützig/ privatwirtschaftlich	privatwirtschaftliche Beziehung zwischen Versicherungen und Leistungserbringern

Tabelle 4.1

Zusammenfassende Darstellung der Merkmale der in einer idealtypischen Form definierten Gesundheitssysteme (Joumard et al., 2010, S. 43; Paris et al., 2010, S. 6; EU 2012, S. 102).

Die Modelle (a) und (d) repräsentieren den gemeinsamen Typus des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Schon bei den Modellen (b) und (e) wird eine Mischform deutlich, die sich in der Realität und in den übrigen klassifikatorischen Einordnungen fortsetzt. Innerhalb der OECD-Staaten finden sich für die Modelle (a) und (b) einige Beispielländer, die ihr Gesundheitssystem in Grundzügen nach der jeweiligen idealtypischen Form ausgerichtet haben. Das Modell (c) als Idealform privatwirtschaftlich organisierter Versorgung spielte lange Zeit in den USA eine vordergründige Rolle. Dort besteht ein hoch entwickeltes Gesundheitssystem, bei dem der Staat nicht bzw. lange nicht diese führende und lenkende Rolle übernahm, wie es in den anderen OECD-Staaten der Fall ist (Gottschalk und Höltje 2009, S. 1958).

In der Realität finden sich jedoch in allen Ländern letztlich Mischformen dieser unterschiedlichen theoretischen Modelle.

In keinem der Staaten wird der Markt gesundheitlicher Dienstleistungen sich komplett selber überlassen. Es gibt kaum eigenständige regulative Instanzen innerhalb dieses Marktes, wie sie in anderen Branchen vorhanden sind (Zweifel und Breuer 2002, S. 2; Frese et al., 2004, S. 738). Beim öffentlichen Gesundheitsdienst greift der Staat direkt in die Versorgungsstrukturen ein und stellt diese zur Verfügung. Bei den übrigen Modellen übernimmt er einen unterschiedlich gewichteten eher indirekten Einfluss durch politische Instanzen und über die Sozialversicherungen sowie Selbstverwaltungsinstanzen.

Die drei Modelle (a bis c) werden im Kapitel 4.3. anhand von Beispielländern dargestellt. Aufgrund einiger Besonderheiten in der Organisation wird hierbei das Modell der Schweiz als viertes ergänzt.

4.2. Vergütungsformen und Klassifikationsinstrumente

Stationäre Leistungen werden nach zwei grundlegenden Systematiken, entweder rückwirkend (retrospektiv) oder vorausschauend (prospektiv), vergütet. Während der vergangenen Dekaden hat sich die Systematik in den meisten Ländern über verschiedene Zwischenstufen von einer retrospektiven zu einer prospektiven Vergütungsweise mit Festpreissystemen entwickelt.

4.2.1. Retrospektive Vergütungsformen

Klassisches Beispiel für eine retrospektive Vergütung ist in Deutschland früher das sog. Selbstkostendeckungsprinzip gewesen, bei dem die IST-Kosten eines Krankenhauses rückwirkend vergütet wurden. Dies bedeutete, dass die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses erstattet wurden, wobei es letztlich egal war, welchen Aufwand der Leistungserbringer dabei hatte (Breyer et al. 2005, S. 381; Friedl und Ott 2001, S. 4).

Für den Leistungserbringer resultierte hieraus kaum ein Anreiz systemorientiert sparsam zu wirtschaften, da er am Ende der Behandlung seine Kosten vollumfänglich erstattet bekam. Es bestand vielmehr der Anreiz zur Leistungssteigerung, da durch einen geschickten eigenen Mitteleinsatz folglich auch ein Anstieg der Erlöse erreichbar war. Eine solche retrospektive Vergütung, das Selbstkostendeckungsprinzip, fördert damit das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage und ein opportunistisches Verhalten untereinander. Dies gilt insbesondere, solange es für den Leistungserbringer keine entgeltwirksamen Konsequenzen gibt.

Gleichzeitig bedingt das Selbstkostendeckungsprinzip in einem Versicherungssystem mit vollumfänglichem Versicherungsschutz, wie in Deutschland, auch für den Patienten den Anreiz, so lange Leistungen einzufordern und nachzufragen, bis das damit verbundene Bedürfnis befriedigt ist. Beide Beteiligten, der Leistungserbringer und der Patient, haben keine Konsequenzen zu befürchten, auch wenn sie „zu viele“ und „unangebrachte“ Leistungen erbringen sowie abrufen.

Durch einen geschickten Mitteleinsatz konnte primär der Leistungserbringer eine Reduktion der Kosten erreichen, während dies für den Kostenträger nicht resultierte.

Somit finden sich bei einer retrospektiven Vergütungssystematik keine echten Anreizwirkungen, um eine effiziente Mittelverteilung zu erreichen (Friedl und Ott 2001, S. 5-6). Dieses Prinzip erweist sich als ungeeignet, wachsende Kosten im Gesundheitswesen zu begrenzen, einen Anreiz für hohe Behandlungsqualität zu geben und den Mitteleinsatz bei allen beteiligten Instanzen sinnvoll zu lenken.

4.2.2. Prospektive Vergütungsformen

Bei prospektiven Vergütungselementen wird für eine in der Zukunft liegende Periode ein Entgeltbetrag vereinbart. Beispiele hierfür sind Kosten- und Erlösbudgets, Fallpauschalen oder andere pauschalierende Entgeltvarianten. Die in Deutschland ab 1986 eingeführten Kostenbudgets finden sich bis heute in der stationären Vergütung und bilden damit einen wichtigen Teil innerhalb der Entgeltsystematik. Bei Kostenbudgets wurden früher die Selbstkosten eines Krankenhauses mit einer vorher festgelegten Belegung kalkuliert und dann vollumfänglich erstattet.

Eine Fortentwicklung waren dann die auch heute noch jährlich zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern verhandelten sog. Erlösbudgets. Bei einem Erlösbudget muss der Leistungserbringer prospektiv einschätzen, wie sich seine weitere Entwicklung und der Umfang der eigenen Leistungen entwickeln werden. Auf Grundlage dieser Einschätzung wird dann das Budget für eine Periode, zumeist ein Jahr, und dazu angepasst Pflegesätze vereinbart. Hierbei deckten in der psychiatrischen Versorgung bisher entsprechend der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) sog. Basispflegesätze die grundlegenden Kosten ab, während abteilungsbezogene Pflegesätze unterschiedlich umfangreiche ärztlich-therapeutische Aufwände ausglich (Friedl und Ott 2001; S. 5-6).

Mit der BPfIV wurden schließlich ab 1995 auf Landesebene, als ein weiteres Beispiel prospektiver Vergütungsformen, erstmals Fallpauschalen und Sonderentgelte für bestimmte Leistungen eingeführt (Simon 2000; S. 5ff).

Wurden bei den Kostenbudgets zunächst die Selbstkosten eines Krankenhauses mit einer vorher festgelegten Belegung kalkuliert und dann vollumfänglich erstattet, resultierte hieraus für den Leistungserbringer ein Anreiz seinen Mitteleinsatz möglichst sparsam zu gestalten, um so die Erlöse zu maximieren. Dies wies letztlich

ähnliche Anreizwirkungen auf, wie sie auch bei einer retrospektiven Vergütungssystematik vorhanden sind (Friedl und Ott 2001; S. 5-6).

Mit einem Erlösbudget gestaltet sich die Vergütungssystematik komplett prospektiv, da dabei tatsächlich ein Budget für die Zukunft kalkuliert und verhandelt werden muss. Es resultiert hierbei ein deutlicherer Anreiz als zuvor für den Leistungserbringer einen kostengünstigen Mitteleinsatz zu erreichen, um mit dem vorhandenen Budget einen möglichst hohen Erlös zu generieren. Lag bei einer retrospektiven Vergütung das Kostenrisiko noch weitgehend auf Seiten der Kostenträger, verändert sich dies bei dieser Art der Budgets zunehmend hin auf die Seite der Leistungserbringer (Abbildung 5.18.).

Unverändert bleibt bei dieser Systematik der Anreiz für die Konsumenten der Leistungen diese umfänglich und weitgehend unbegrenzt abzurufen. Die Patienten müssen mit keinen finanziellen Konsequenzen rechnen, während die Leistungserbringer ihre Aufwände nicht mehr automatisch und vollumfänglich vergütet bekommen.

4.2.3. Regionalbudgets

Eine weitere Form prospektiver und budgetärer Vergütung stellen Regionalbudgets dar. Damit wird einer umschriebenen Region mit definierter Einwohnerzahl ein regionales Budget zugewiesen, in dessen Rahmen sich die beteiligten Leistungsanbieter bewegen müssen.

Es finden sich bis heute einige Regionen in Deutschland (u.a. in Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen und Brandenburg; Deister et al., 2005 S. 444; Deister et al., 2011, S. 3), die psychiatrische Leistungen nach dieser Art finanzieren. Zudem gibt es einige Berichte über Erfahrungen früherer Modellprojekte regionaler Budgets (Engler und Oliva 2001, S. 12; Steinhart 2006 S. 37). Hierbei verfügt also eine Region prospektiv gesehen über einen festgelegten finanziellen Rahmen, welcher auf die einzelnen Leistungserbringer verteilt werden muss und entsprechend der Kostenentwicklung in einem gewissen Umfang auch einer Anpassung unterzogen werden kann.

Ein Regionalbudget bedingt jedoch ebenso verschiedene Anreizwirkungen. Die Idee eines Regionalbudgets, insbesondere im Rahmen der psychiatrischen Versorgung und der im Kapitel 2 dargestellten Schwierigkeiten bei der Versorgung mit unzureichender Compliance, ist durchaus vielversprechend. Hierbei könnte die Hypothese gelten, dass durch ein solches Budget und eine damit verbundene umfängliche Versorgung im psychiatrisch-psychosomatischen Bereich die vorhandenen Versorgungssektoren, stationär und ambulant, besser zusammengeführt werden könnten, was zu weiteren Anreizen führt, die Versorgung bei einem Leistungserbringer zu fokussieren. Es könnten hierdurch der bürokratische Aufwand und die damit verbundenen Transaktionskosten sowie Informationsasymmetrien in der Folge reduziert werden.

Ein solches System setzt jedoch auch eine ausreichende Gerechtigkeit unter den beteiligten Leistungserbringern voraus, die umso schwieriger zu erreichen ist, je mehr unterschiedliche Betreiber und Fachdisziplinen bei dieser Versorgung regional beteiligt sind (Steinhart 2006, S. 39). Eine solche Interdisziplinarität unter den Beteiligten Leistungserbringern kann die zuvor auf das Gesamtsystem bezogenen institutionell bedingten opportunistischen Verhaltensweisen und Transaktionskosten innerhalb des Regionalbudgets ebenso steigern.

Zudem besteht, verglichen zu Systemen im internationalen Vergleich, in Deutschland eine sektorale Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung mit jeweils eigenen Entgeltsystemen und Budgets. Ein stationäres Regionalbudget, durch das auch ambulante Leistungen vergütet werden, würde dann mit dem ambulanten Versorgungssektor konkurrieren und so zu Wettbewerb beitragen, was jedoch ebenso höhere Transaktionskosten verursachen kann. Zwar gäbe es einen Anreiz, sich durch eine Qualitätsverbesserung am Markt und innerhalb der unterschiedlichen Vergütungsformen untereinander zu positionieren und auch Marketing zu betreiben. Eine Qualitätsmessung der erbrachten Leistungen wird jedoch bislang in keiner der Vergütungssystematiken entgeltrelevant berücksichtigt.

Auch beim Regionalbudget und vorhandenen Vollversicherungsschutz mit Sachleistungsprinzip besteht für die Nachfrageseite weiterhin der Anreiz entsprechend der persönlichen Bedürfnisse Leistungen umfänglich nachzufragen.

4.2.4. Leistungsorientierte Vergütung

Ein Entgelt ist dann leistungsorientiert, wenn die Vergütung von der erbrachten Behandlungs- oder Leistungsaktivität abhängt, also den Aufwand einer Therapie abbildet. Dies können unterschiedlich aufwändige Aktivitäten sein, jedoch auch mehrere gleichwertige Interventionen innerhalb eines Behandlungsprozesses. Das Entgelt kann daher auf eine einzelne und individuelle Aktivität (z.B. eine Behandlungseinheit oder einen Behandlungstag = Tagespauschale) bezogen werden oder sich auf einen Behandlungsfall (z.B. der Fallpauschale) erstrecken (Frese et al., 2004, S. 742). Aus der Wirtschaft wird für den Begriff der leistungsorientierten Vergütung auch die Umschreibung „Pay for Performance“ (P4P) genutzt, wobei hier zumeist eine Qualitätsorientierung und damit eine Abhängigkeit mit dem Grad der Zielerreichung verknüpft wird (Reißig 2009, S. 9; Amelung 2012, S. 195). P4P-Ansätze finden sich auch in der Entgeltsystematik im deutschen Gesundheitssystem, weisen jedoch keine solche qualitätsabhängige Komponente auf.

Eine Leistungsorientierung im Bereich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen erscheint als Anreizmechanismus jedoch grundsätzlich sehr sinnvoll. Eine aufwändige Leistung sollte im Vergleich zu einer weniger aufwändigen Intervention auch mit mehr Entgelt vergütet werden. Der Anreiz einer leistungsorientierten Vergütung liegt dann in einer Steigerung des Gewinnes für den Leistungserbringer, wenn dieser gleichzeitig seine Kosten senken kann. Damit führt eine Leistungsorientierung zunächst zu dem Anreiz, mit möglichst niedrigen Kosten und einer Mengenausweitung den Erlös zu steigern. Gleichzeitig kann eine Leistungsorientierung innerhalb eines so eng reglementierten Marktes wie dem Gesundheitswesen auch helfen, die erbrachten Leistungen und Kosten besser abzubilden, als es bei Festpreisen der Fall ist.

4.3. Gesundheitssysteme im Vergleich

4.3.1. Großbritannien: Öffentlicher Gesundheitsdienst – Beveridge-Modell

Typisches Beispielland für eine Versorgung mit einem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem sog. National Health Service (NHS), ist Großbritannien. Dabei übernimmt der Staat in der idealtypischen Vorstellung alle Aufgaben gesundheitsdienstlicher Leistungen, ist gleichermaßen planende Instanz, Leistungserbringer und Kostenträger in einem. Mehrere regionale Gesundheitsbehörden organisieren die Versorgung der Bevölkerung mittels lokaler Gesundheitsdienste. Ab 2013 erfolgten schrittweise Veränderungen, sodass zusätzliche Überwachungsinstanzen einer Selbstverwaltung (Einführung sog. Clinical Comissioning Groups und Local Area Teams) ähnelnd eingefügt wurden (Bojke et al., 2016, S. 3).

Der Staat plant somit den Versorgungsumfang, stellt die Leistungen zur Verfügung und sorgt für deren Abrufbarkeit. Finanziert wird dies zum größten Teil (> 80%) durch allgemeine Steuereinnahmen. Ein geringer Anteil generiert sich außerdem aus Sozialversicherungsbeiträgen. Den Patienten werden Sachleistungen bereitgestellt, die für sie (zunächst) grundsätzlich kostenlos sind. Dennoch gibt es einen Selbstbeteiligungsanteil und weitere Zuzahlungsverpflichtungen.

Im ambulanten Bereich gibt es fast nur hausärztlich tätige Ärzte, die bei den regionalen Gesundheitsdiensten angestellt oder vertraglich an diese gebunden sind. Fachärztliche oder stationäre Leistungen erfolgen überwiegend durch Krankenhäuser des NHS. Ein fachärztlicher Zugang gelingt somit lediglich per Überweisung durch einen Hausarzt, der damit eine „Gatekeeper-Funktion“ einnimmt. Hierbei besteht grundsätzlich eine freie Arztwahl.

Eine solche gesundheitsdienstliche Versorgung, bei der der Staat alle Funktionen übernimmt, führt in der Folge zu einer Rationierung der erstattungsfähigen Leistungen. Ein vergleichsweise umfassender Leistungskatalog wird also durch Rationierung und Budgetierung im Umfang limitiert (Tanner 2008, S. 24). Bestimmte Leistungen werden im NHS u.a. ab einem definierten Alter nicht mehr finanziert, sodass in der Konsequenz nicht alle Leistungen auch allen Versicherten

gleichermaßen zur Verfügung stehen. Das Modell des öffentlichen Gesundheitsdienstes führt damit zum Problem langer Wartezeiten bzw. zu Wartelisten für bestimmte, insbesondere nicht lebensbedrohliche und damit planbare, Behandlungen (Weimann 2013, S. 69; Shafrin 2008).

Die Versorgung aus einer Hand kann in der Theorie zwar zu einem besseren Arrangement der Austauschbeziehungen und damit zu geringeren Transaktionskosten führen als in anderen Gesundheitssystemen. Dies kann zusammen mit der Tatsache, dass Länder mit einem öffentlichen Gesundheitsdienst oftmals eine geringere stationäre Planbettenzahl vorhalten, den in der Tabelle 4.2. dargestellten niedrigen Ausgabenanteil des BIP erklären. Eine geringe Bettenzahl verstärkt jedoch gleichzeitig das Problem der Rationierung und ergibt in der Folge auch die Gefahr einer Unterversorgung (Schölkopf und Stapf-Fine 2003, S.116).

Mit der Rationierung kann in der Folge der Anreiz für die Konsumenten verknüpft sein, individuelle Versicherungsstrategien durch privat finanzierte Zusatzversicherungen nachzufragen (Tanner 2008, S. 25). Hierbei müssen die Nachfragenden jedoch über ausreichende finanzielle Mittel verfügen, sich eine solche Zusatzversicherung leisten zu können, was letztlich die rationierende Wirkung verdeutlicht und ebenso eine Art Selbstbeteiligung darstellt. Es handelt sich also in der Konsequenz nicht um eine vollumfängliche Versorgung der gesamten Bevölkerung, wie es in der Theorie angestrebt wird.

Die Leistungen, die der NHS erbringt, werden seit 1991 nach einem eigenen Fallpauschalensystem, den sog. Health Resource Groups (HRG), vergütet. Psychiatrische Leistungen wurden ab der 2. Version (1994) integriert (Grasic et al., 2015, S. 1). Zunächst waren die HRG ein Klassifikations- und Steuerungsinstrument mit denen die Leistungserbringer ihren Ressourcenverbrauch intern messen konnten. Mit dem Ziel die HRG zu einem prospektiven Entgeltsystem zu entwickeln, begann ab 2009 eine Umstrukturierung. Innerhalb der HRG wurden über viele Entwicklungsschritte zusätzliche Gruppen hinzugefügt. Es entstand eine zunehmende Leistungsorientierung, sodass sie auch als „Payment by Results“ (PbR) bezeichnet wurden. Schließlich etablierte sich eine entgeltwirksame Qualitätskomponente, die im Rahmen des sog. „National Tariff Payment Systems“ (NTPS) eingeführt wurde.

Vor 1994 erfolgte die Vergütung psychiatrischer Leistungen durch feste regionale Budgets, die unter Verantwortung und Planung des NHS auf regionaler Ebene verteilt wurden (Mason et al. 2011, S. 198). Es existierte also letztlich eine Art regionales Budget.

Die HRG weisen im Vergleich zu anderen Fallpauschalensystemen einige Unterschiede auf, sind im Grunde jedoch als „klassische“ Fallpauschalen zu bezeichnen. Am bedeutendsten erscheint hierbei, dass trotz der zentral und überwiegend steuerfinanzierten Vergütung regionale Preisniveaus berücksichtigt werden, die in der Folge auch eine anteilige Preisflexibilität bieten. Dabei können bei großen Kosten- oder Preisstreuungen pro Fall die zugehörigen Kosten auch individuell und auf regionaler Ebene verhandelt werden (Grasic et al., 2015, S. 7). Ein Teil der HRG sind also nicht an allgemein geltende und überregional festgelegte Preise gebunden, sodass regionale finanzielle Gegebenheiten berücksichtigt werden (Mason und Goddard 2009, S. 4). Die Möglichkeiten für solche verhandelbaren Preise sollen in Zukunft noch weiter ausgebaut werden (Fischer 2013, S. 95). Unter der Bezeichnung „Best Practice Tarif“ sind im HRG-System einige Behandlungsgruppen und –pfade mit Zusatzvergütungen belegt. Ziel ist es hierbei, einen Anreiz für Qualitätsverbesserungen zu schaffen, wobei zuvor festgelegte Qualitätskriterien dann auch erreicht werden müssen. Eine ähnliche Systematik findet sich auch für die lokale und flexible Ausgestaltung bestimmter Behandlungspfade. Auch hiermit soll auf lokaler Ebene beste Behandlungspraxis erreicht und entsprechend zusätzlich vergütet werden (Fischer 2013, S. 114; NHS 2013, S. 10). Die HRG weisen also, verglichen zu anderen Fallpauschalensystemen, Anreize zur Qualitätssteigerung auf, da eine Entgeltsrelevanz integriert ist. Damit können zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern ein Teil der Preise verhandelt werden. Dies sind bspw. zusätzliche Vergütungselemente für besondere Leistungsanteile, wie bei der Versorgung schwerst kranker Patienten. Die HRG mit ihrer Systematik sind also mehr als eine Art „Werkzeug“ zu bezeichnen, welches von Leistungserbringer und Kostenträger genutzt werden kann und zur Verbesserung der Versorgung führen soll (Fischer 2013, S. 95; Kahn und Nowak 2014, S. 5). Die preisliche Flexibilität innerhalb der HRG kann zwar die Kooperation untereinander fördern, führt jedoch ebenso zur Verstärkung regionaler Unterschiede, sodass die Vergleichbarkeit von Leistungsgruppen innerhalb des NHS eingeschränkt

wird. Mit Hilfe des Ansatzes des „Best Practice Tariff“, der zusätzliche Entgelte generieren lässt, wird hierbei zudem eine wettbewerbliche Komponente unterstützt.

4.3.2. Österreich: Sozialversicherungssysteme – Bismarck-Modell

In Ländern, in denen zur Finanzierung gesundheitlicher Dienstleistungen eine Sozialversicherungsstruktur vorhanden ist, besteht üblicherweise erst Anspruch auf die jeweilige Dienstleistung durch die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese wird entweder durch einkommensabhängige oder einkommensunabhängige Sozialversicherungsbeiträge finanziert. Hierbei übernimmt der Arbeitgeber in unterschiedlichem Maße einen Anteil.

In Österreich sind ebenfalls wie in Deutschland fast alle Einwohner bei einem der Krankenversicherungsträger versichert, wobei es keine freie Krankenkassenwahl gibt. Abhängig vom beruflichen Status und Wohnort sind Einwohner automatisch in der für die Region geltenden Krankenkasse versichert. Lediglich Freiberufler können sich eigenständig und damit wahlweise versichern.

Einkommensabhängige Beiträge werden in Österreich auf Bundesebene zentral festgelegt und paritätisch verteilt. Auf Bundesebene werden auch die Grundsätze zur gesundheitlichen Versorgung festgelegt, während die weitergehende konkrete Versorgung (Betten- und Krankenhauszahl etc.) dann auf Länderebene geregelt ist (Katschnig et al., 2004, S. 29). Ähnlich wie in Deutschland gibt es einen Krankenhausplan, in den die Kliniken aufgenommen sein müssen, um über die Krankenkassen Leistungen abrechnen zu können. Diese stationären Leistungen werden ebenfalls über Fallpauschalen klassifiziert und vergütet. Bei den Krankenhausträgern in Österreich findet sich zudem eine Pluralität unter den Betreibern, wie dies auch aus Deutschland bekannt ist (Schölkopf und Pressel 2014, S. 59 ff.).

Dies bedeutet jedoch auch, dass in Österreich länderabhängig Unterschiede in der stationären Versorgung entstehen können. Alle vier Jahre werden durch Finanzausgleichsverhandlungen zwischen Bund und Ländern die Preise und Kosten neu bestimmt (Fischer 2013, S. 57). Die Leistungen stehen überwiegend als Sachleistungen zur Verfügung. Es werden bei nahezu allen Leistungen geringe Zuzahlungen fällig. Die Krankenversicherungen können in unterschiedlichem Maße

weitere zusätzliche Leistungen übernehmen bzw. diese anbieten, da die Kostenträger mit den Leistungserbringern vertraglich die Bereitstellung und Honorierung der Leistungen vereinbaren.

Es besteht im ambulanten Bereich grundsätzlich eine freie Arztwahl, wobei nur ein Teil (ca. $\frac{3}{4}$) der ambulant tätigen Ärzte an eine Krankenkasse vertraglich gebunden sind. Die Leistungen der übrigen Ärzte, sog. Wahlärzte, werden durch die Krankenkassen dann lediglich zu 80 % erstattet, sodass hier eine Art Selbstbeteiligung vorhanden ist. Besteht keine flächendeckende Versorgung für eine bestimmte ärztliche Fachgruppe, dann können auch Leistungen der Wahlärzte bis zu 100 % durch die Kasse erstattet werden.

Wie im öffentlichen Gesundheitsdienst plant im Sozialversicherungsmodell ebenfalls der Staat als Gesetzgeber den Leistungsumfang (Bettenzahl, erstattungsfähigen Leistungskatalog) und gibt hierfür einen Rahmen vor. Die Instanzen der Kostenträger und Leistungserbringer hingegen sind eigenständiger als beim öffentlichen Gesundheitsdienst, insbesondere wenn eine Anbieterpluralität (kommunal, freigemeinnützig, privatrechtlich etc.) unter den Leistungserbringern besteht.

Es bestehen auf der Makroebene zwischen Kostenträger und Leistungserbringer mehr Anreizstrukturen für ein wettbewerblich orientiertes Handeln als im öffentlichen Gesundheitsdienst, was jedoch ebenso Informationsasymmetrien und opportunistische Verhaltensweisen mit sich bringt.

Seit Ende der 1980er Jahre hat Österreich für Leistungserbringer, die durch öffentliche Mittel gefördert werden, eine eigene Systematik zur leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) entwickelt. Die Krankenhäuser werden durch den sog. Krankenanstaltenfonds gefördert, der auf Landesebene organisiert wird und in den die Sozialversicherungen, der Bund, die Länder und weitere Rechtsträger einzahlen. Beansprucht ein Krankenhaus Mittel daraus bzw. gehört es zur öffentlichen Versorgung, dann müssen die Kosten nach LKF abgerechnet werden (Frick et al. 2001, S. S55).

Die LKF teilt sich in zwei Bereiche auf. Es besteht ein Kernbereich, bei dem ähnlich zu anderen Fallpauschalensystemen fallbezogen vergütet wird. Parallel besteht ein sog. Steuerungsbereich, der für die Vergütung besonderer Aufgaben zur Verfügung

steht. Besondere Aufgaben sind bspw. die Versorgung, wie sie aus der Universitätsmedizin bekannt ist oder fachliche Schwerpunkte sowie Spezialisierungen einzelner Kliniken. Ähnlich zu anderen Fallpauschalensystemen finden sich auch hier Gewichtungsfaktoren (Fischer 2013, S. 67).

Damit gibt es in Österreich seit 1997 ein Fallpauschalensystem nach dem die Behandlungsfälle klassifiziert werden und die Vergütung leistungsorientiert verteilt wird. Bemerkenswert scheint u.a., dass die Zahl der sog. Leistungsbezogenen Diagnosen-Fallgruppen (LDF) im Verlauf nur gering gestiegen ist (von 916 im Jahr 1997 auf 998 im Jahr 2013). Chirurgische bzw. operative Fälle werden primär prozedurenbezogen klassifiziert, während konservative Behandlungsfälle diagnosenbezogen verteilt werden. Innerhalb der LDF finden sich mehrere Leistungskomponenten mit Tagesbezug, jedoch auch mit Pauschalcharakter und teils einer degressiven Komponente. Den Fällen können mehrere LDF zugeordnet werden. Dies hängt jedoch nicht von den Diagnosen ab, sondern ist leistungsabhängig. Dann wird jedoch auch nicht die komplette zusätzliche LDF vergütet, sondern nur anteilig davon. Auch finden sich keine besonderen Regelungen bei Wiederaufnahmen. Jede Aufnahme stellt einen neuen Fall dar (Fischer 2013, S. 69 ff).

Damit werden einige Unterschiede zu anderen Fallpauschalensystemen deutlich. Einer der wichtigsten Unterschiede findet sich dahingehend, dass in Österreich die psychiatrischen Leistungen von Anfang an ein Teil dieser Vergütung waren. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass zwar auf Bundesebene die grundsätzlichen Strukturen vorgegeben werden, diese sich dann in ihrer Ausgestaltung jedoch auf Ebene der Bundesländer unterscheiden können. Dies kann zwar die Transparenz des fallpauschalierenden Klassifikationssystems der LDF reduzieren und macht damit Vergleiche bis hin zum Benchmark teils schwierig (Fischer 2013, Seite 76). Allerdings folgt hieraus auch ein Anreiz zum Wettbewerb unter den Leistungserbringern und den Versicherungen. Zudem können Leistungserbringer auf regionaler Ebene in einem gewissen Rahmen die Preise verhandeln, ähnlich wie in der Systematik der HRG Englands.

Betrachtet man den Algorithmus zur Klassifikation etwas eingehender, dann wird außerdem deutlich, dass die LKF zwar zunächst einen Fallpauschalencharakter

aufweisen. Da jedoch im ersten Verschlüsselungsschritt überwiegend die erbrachten Leistungen und Prozeduren, nicht wie bei den G-DRG die Diagnosen, in eine Fallbepunktung führen und es außerdem eine ganze Reihe weiterer zusätzliche Vergütungselemente pro Fall geben kann, die dann teils frei verhandelte Preise aufweisen, erscheint der Ausdruck Fallpauschale im österreichischen System nicht ganz passend (Frick et al. 2001, S. S56).

In Österreich gibt es, ähnlich zum Gesundheitswesen in Deutschland, eine Trennung zwischen stationärem und ambulantem Versorgungsbereich. Dies ist durch die unterschiedlichen Zuständigkeiten in der Planung der Versorgung zu erklären, jedoch auch durch die Kostenträger bedingt. Die Einführung der LKF und damit einer pauschalierenden Vergütung konnte bis 2004 hier keine positiven Anreize ergeben, um diese beiden Versorgungssektoren mehr zu integrieren (Katschnig et al., 2004, S. 38).

Österreich hat mit der Einführung der LKF (ab 1997) die Vergütung stationär-psychiatrischer Leistungen nie ausgeklammert, sondern von Beginn an mit einbezogen. Damit verknüpft waren definierte Ziele, wie die Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer, ein Abbau hoher Bettenzahlen, ohne dabei die Kosten zu erhöhen und ohne die Wiederaufnahmehäufigkeit zu steigern. Frick et al. wiesen in den ersten Jahren nach Einführung (2001, S. S61) daraufhin, dass die LKF diese vorher definierten Ziele zunächst nicht erreichen ließen. Erst im Verlauf wurde gezeigt, dass die Verweildauer abnahm, während die Wiederaufnahmehäufigkeit sich nicht veränderte. Die LKF führten jedoch zu einer Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz (Auer 2010, S. 1; Schützinger et al., 2007, S. 147). So konnte postuliert werden, dass ein Ausklammern der psychiatrischen Leistungen, begründet durch die damit verbundene hohe Variabilität im Ressourcenverbrauch, nicht notwendig erscheint. Vielmehr konnte damit ein über die somatischen und psychiatrischen Fächer geltendes einheitliches Klassifikationssystem für gesundheitliche Leistungen geschaffen werden, sodass die psychiatrischen Leistungen nie einen Sonderstatus erhielten (Katschnig et al. 2004, S. 37). Dennoch fanden sich auch bei den LKF Österreichs Anteile, die manipulationsanfällig waren und 2009 zu einer grundlegenden Überarbeitung der Vergütungsregelungen führten (Schützinger et al., 2007, S. 151).

4.3.3. Schweiz: Sozialversicherungssystem mit einkommensunabhängigem Beiträgen

Die Schweiz stellt ein Beispielland dar, in dem eine Sozialversicherung mit allgemeiner Krankenversicherungspflicht besteht, die jedoch durch einkommensunabhängige Beiträge finanziert wird. Diese werden häufig als sog. „Kopfpauschalen“ bezeichnet. Damit müssen in der Schweiz alle Einwohner einkommensunabhängig eine im jeweiligen Kanton vorhandene Versicherung wählen.

Die Versicherten haben hier die Prämie komplett selber zu tragen. Eine Beteiligung des Arbeitgebers gibt es nicht. Die in Deutschland vorhandene gesetzliche Krankenversicherung heißt in der Schweiz obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung (OKPV), die von privaten Versicherungen auf „for-Profit-Basis“ betrieben wird (Frick und Rössler 2003, S. 20). Das System weist damit marktwirtschaftlich orientiertere Anteile auf als in Deutschland. Es besteht auf dieser Ebene ein „geregelter“ Wettbewerb zwischen den Versicherern (Tanner 2008, S. 25). Von den Versicherten müssen außerdem Selbstbeteiligungen geleistet werden, die innerhalb der letzten Jahre deutlich gestiegen sind. Sozial schwache Versicherte bekommen Zuschüsse auf kantonaler Ebene, die steuerfinanziert sind, jedoch die Selbstbeteiligung nicht einschließen. Bei Verteuerungen des Systems während der letzten Jahre wurden durch den Staat finanzielle Entlastungen vorgenommen. Ein Großteil der planerischen Anteile innerhalb der gesundheitlichen Versorgung erfolgt ebenfalls durch den Gesetzgeber.

Der Leistungskatalog in der Schweiz ist verglichen zu Deutschland weniger umfangreich. Insbesondere für Zahnersatz und Krankengeld müssen privat Vorsorgemaßnahmen getroffen werden.

Im ambulanten Bereich finden sich niedergelassene Allgemein- und Fachärzte bei einer freien Arztwahl. Früher als in Deutschland wurden ambulante Behandlungsprogramme (bspw. Managed Care Programme) bei bestimmten Erkrankungen eingeführt, die gleichzeitig die Möglichkeit der freien Arztwahl beschränken. Allerdings besteht auch die Möglichkeit für die Versicherten sich gegen solche Maßnahmen zu wehren (Spielberg 2012, S. A1410).

Die stationäre Versorgung wird von den Kantonen organisiert, die auch häufig Träger der Kliniken sind. Im Vergleich zu Österreich und Deutschland gibt es keine einheitlichen Versorgungsstufen oder einen Krankenhausplan. Dies führt zu deutlich unterschiedlichen Versorgungsniveaus zwischen den Kantonen (Dittrich et al., 2005, S. 10). Versicherer richten sich u.a. nach den auf kantonaler Ebene erwarteten Kosten und leiten davon die Beitragshöhe ab. Die Kantone sind also für die Krankenhausplanung zuständig und übernehmen auch die Investitionsfinanzierung sowie zudem 50% der Betriebskosten. Auch in der Schweiz gibt es seit 2012 ein Fallpauschalensystem (Swiss-DRG), welches eine Modifikation des deutschen Systems darstellt. Hierbei werden die Investitionskosten in die Pauschalen mit einkalkuliert, wobei diese dann wiederum anteilig von den Kantonen übernommen werden (Schölkopf und Pressel 2014, S. 73 ff.).

Wie es bei der Einführung der G-DRG in Deutschland gewesen ist, wurden auch in der Schweiz bei den Swiss-DRG die psychiatrischen Leistungen bisher ausgespart. Dort erfolgte die Vergütung bislang ebenfalls nach Budgets und tagesgleichen Pflegesätzen. Dennoch gab es während der letzten Jahre unterschiedliche Projekte, die eine neue Entgeltsystematik entwickeln sollten (Warnke et al., 2011 S. 2; Warnke et al., 2014 S. 1).

Ab 1. Januar 2018 wird auch in der Schweiz ein neues Entgeltsystem für psychiatrische Leistungen eingeführt. Dieses weist in Anteilen ähnliche Komponenten auf, wie sie aktuell in Deutschland entwickelt werden und wird in der Schweiz als TARPSY (Tarifsystem Psychiatrie) bezeichnet. So bestehen ebenfalls mehrere Gruppen, die Entgelte generieren und durch eine degressive Bewertungsrelation in Abhängigkeit der Verweildauer unterschiedlich gewichtete Tage und Behandlungsphasen aufweisen (Meyer und Holzer 2015, S. 902). Der ebenso vorhandene Basisentgeltwert wird durch die Leistungserbringer in der Schweiz direkt mit den Kostenträgern individuell verhandelt, sodass regionale Unterschiede entstehen können (Meyer und Rohner 2016, S. 1405).

Wie in letztlich allen Ländern sind auch in der Schweiz die Leistungen als Sachleistungen zu einem Großteil für die Versicherten finanziell kostenlos, wobei eine deutliche Selbstbeteiligung vorhanden ist. In Deutschland wurden 1995 ca. 10

% der Kosten, in der Schweiz bis zu 28 % bzw. 30 % über einen Selbstbeteiligungsanteil vergütet (Frick und Rössler 2003, S. 19; OECD 2011, S. 81).

Eine solche Mischfinanzierung, bei der privatwirtschaftliche „for-Profit“ Anteile, staatlich fixierte Beiträge und ergänzend finanzierende Steuermittel auf kantonaler Ebene vorhanden sind, kann ein wettbewerbliches Bestreben und damit entsprechende Verhaltensweisen unter den Beteiligten fördern. Allerdings ergeben sich daraus ebenso Anreize das System opportunistisch auszunutzen und damit Transaktionskosten zu erhöhen. Insbesondere die Finanzierung kantonaler Krankenhäuser, die an die duale Finanzierung in Deutschland erinnert, fördert dies.

In der Schweiz gibt es eine weitere Besonderheit, die zur grundsätzlichen politischen Struktur der Schweiz zählt. Durch Volksabstimmungen können die Bürger über Gesetzesinitiativen oder –vorlagen abstimmen und diese damit in der Umsetzung u.U. stoppen. Am Beispiel der Überlegungen Managed-Care Programme einzuführen, die dann im Sinne einer integrativen Versorgung Auswirkungen auf die freie Arztwahl und die Höhe der Selbstbeteiligungen gehabt hätten, wurde dies in der Vergangenheit deutlich. 2012 wurde eine entsprechende Gesetzesvorlage eingebracht und durch eine Volksabstimmung in der Umsetzung gebremst (Spielberg 2012, S. 1410). Hier können die Versicherten also auf die Versorgungsstrukturen relativ deutlich Einfluss nehmen.

4.3.4. USA: Private Versicherungen – gemischtes Modell

Als vierte hier dargestellte Typologie zur Vergütung gesundheitsdienstlicher Leistungen findet sich in den USA ein Mischsystem, bei dem der Staat keine so dominierende Rolle übernimmt wie in den anderen Systemen. Gesundheitsdienstleistungen werden in den USA durch eine Mischung aus öffentlich und privat finanzierten Programmen sowie unterschiedlich organisierten Institutionen erbracht (Garfield 2011, S. 1). Dabei werden Krankenhäuser von Kommunen, von Stiftungen oder Wohlfahrtseinrichtungen und privatwirtschaftliche Unternehmen betrieben (Schölkopf und Pressel 2014, S. 80 ff.). In den USA bestand bisher keine so umfangreiche oder obligatorische Krankenversicherungspflicht, wie sie aus anderen Ländern her bekannt ist. Dennoch waren 2011 rund 56 % (Schölkopf und

Pressel 2014, S. 81) und 2014 zusammen rund 69 % der Bevölkerung über eine private Krankenversicherung abgesichert. Davon entfielen 2014 ca. 55 % auf Versicherungen über den Arbeitgeber und 14 % auf rein privat abgeschlossene Versicherungen (Mossialos und Wenzl 2016, S. 171). Diese privaten Krankenversicherungen werden steuerlich gefördert, können jedoch auch vom Arbeitgeber finanziert werden. Große Firmen bieten ihren Mitarbeitern bspw. direkte Versicherungen an, fungieren damit als „Versicherer“, kleine Firmen hingegen wählen den Weg über einen Gruppenversicherungsvertrag bei einem Versicherer. Es gibt jedoch auch viele andere Varianten. Bemerkenswert erscheint in diesem Zusammenhang, dass damit der Umfang der Kostenübernahme u.a. an die finanzielle Situation des Arbeitgebers geknüpft ist. Geht es dem Arbeitgeber finanziell nicht gut, kann sich der Versicherungsschutz der Mitarbeiter ändern. Außerdem tritt der Arbeitgeber als Versicherungspartner auf, nicht der eigentliche Versicherungsnehmer, sodass ein Arbeitgeberwechsel auch einen Wechsel im Krankenversicherungsschutz bedeuten kann. Bei allen diesen Versicherungsvarianten haben Versicherte in unterschiedlichem Maße Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen zu leisten. Zudem legen die Versicherer als Kostenträger im Rahmen der Verträge bspw. den Umfang versicherter stationärer und ambulanter Maßnahmen pro Jahr für bestimmte Zeiträume oder auch die Häufigkeit von Wiederaufnahmen etc. prospektiv fest.

Durch öffentliche Mittel werden ebenfalls eine ganze Reihe verschiedener Gesundheitsprogramme (Medicare, Medicaid, Tricare Program, Indian Health Service Program, Veterans Administration Program etc.) finanziert (AACAP 2016, S. 8). Hierbei übernehmen die beiden bekanntesten Programme, Medicare und Medicaid, den größten Anteil an psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen. Medicare, die Versicherung für Rentner und behinderter Menschen, wird aus Steuermitteln, Sozialversicherungsbeiträgen und über Beiträge der Arbeitgeber und –nehmer sowie über Selbstbeteiligungen, die die Versicherten im Leistungsfall tragen müssen, finanziert (Fischer 2013, S. 140). Medicaid, ursprünglich als Versicherung für arme Menschen, wird ausschließlich steuerlich durch Mittel der Regierung und der jeweiligen Bundesstaaten finanziert.

Mit dem „Affordable Care Act“ (ACA) wurde durch den Staat 2010 Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung weitergehend aufgeteilt (Mossialos und Wenzl 2016, S. 171) und u.a. den Kostenträgern bestimmte Maßnahmen vorgeschrieben, um so eine verbesserte und umfangreichere Krankenversicherung der Bevölkerung zu ermöglichen (Schmitt-Sausen 2011, S. A759; Schmitt-Sausen 2012, S. A1473). Zentrale Veränderungen waren hierbei, dass die Versicherer Personen nicht mehr wegen Vorerkrankungen ablehnen oder höhere Prämien verlangen dürfen. Zudem müssen Versicherungen Präventionsleistungen anbieten. Steuerlichen Vorteilen bei Abschluss einer Versicherung stehen Strafzahlungen gegenüber, die fällig werden, wenn Personen sich nicht versichern. Ziel dieser Reform war es, alle Amerikaner einer Versicherung zuzuführen und Kosten zu sparen (Fischer 2013, S. 139).

Seit 2014 finanzieren Medicaid und Medicare als öffentliche Gesundheitsdienste den größten Anteil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen. Medicaid wurde dabei für Bürger und Familien mit einem Einkommen an der jeweiligen regional geltenden Armutsgrenze (der Bundesstaaten, Countys) sowie für alle übrigen, die nicht anders einen Zugang zu Medicaid haben, geöffnet (NAMI 2015, S. 5). Medicare übernimmt neben der Versorgung alter Menschen auch die Finanzierung der Versorgung vieler Menschen mit chronischen Erkrankungen und dabei insbesondere auch der mit chronisch psychischen Leiden.

Diese Programme ähneln in ihrer Struktur dem öffentlichen Gesundheitsdienst in England. Der öffentliche Kostenträger definiert den Umfang der Versorgung, hält zumeist die Einrichtungen vor oder delegiert die Leistungen an andere, dann überwiegend privatwirtschaftlich organisierte Leistungserbringer. Solche Strukturen finden sich in den USA auch in vielen der privaten Versicherungsunternehmen, sodass sie die Instanzen des Kostenträgers und Leistungserbringer vereinen. Versicherte oder in Programme eingeschriebene Bürger können also den Behandler zumeist nicht frei wählen. Auch gibt es in den USA keinen der Sozialversicherungssystematik vergleichbaren generell geltenden Katalog erstattungsfähiger Leistungen (Schölkopf und Pressel 2014, S. 80 ff.).

Früher wurden die psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen nach einem Ist-Kostenansatz retrospektiv im Sinne von „Fee-for-Service“ vergütet. Dies hat sich seit

Entwicklung der Fallpauschalensysteme zunehmend geändert, sodass heute bei der Verteilung der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel in den USA die Leistungserbringer durch ein Mischsystem vergütet werden. Hierbei gibt es Fallpauschalen, unterschiedliche Formen von Managed Care Programmen, Pro-Kopf-Beträge („Kopfpauschalen“) und andere prospektive Entgeltvarianten sowie oft budgetäre Formen, die dann meist vergleichbar zu den Erlösbudgets sind (Richter 2012, S.14).

Unter Federführung der Medicare wurde eine prospektive Vergütungssystematik mit Tagesbezug entwickelt („Inpatient Psychiatric Facilities Prospective Payment System – IPS PPS), innerhalb der der Patient in Abhängigkeit einiger Variablen klassifiziert und der daraus resultierende Entgeltumfang bemessen wird (Cotterill und Thomas 2004, S. 85 und S. 99; Dirschedl 2011, S. 78). Daraus wird dann bspw. das Erlösbudget berechnet.

Bei solchen Budgets wird die Versorgung der Versicherten auf einen definierten Zeitrahmen oder für eingeschriebene Teilnehmer (ähnlich der Disease-Management-Programme) auf einen festgelegten stationären Umfang (bspw. stationäre Behandlungstage) begrenzt. Insbesondere privatwirtschaftliche Leistungserbringer haben dann die Freiheit den budgetierten Pauschalbetrag individuell für die vereinbarten Leistungen zu nutzen. Sie übernehmen dabei jedoch ebenso das unternehmerische Risiko. Im Rahmen der öffentlichen Finanzierung bestehen hinsichtlich der stationären Behandlungsdauer außerdem für bestimmte Erkrankungen Obergrenzen (AACAP 2016, S. 7). Im US-amerikanischen DRG-System sind verglichen zu anderen Fallpauschalensystemen vorhandene regionale finanzielle Unterschiede integriert und kalkulatorisch berücksichtigt (Geissler et al. 2009, S. 77).

Es resultiert also in den USA ein sehr komplexes System mit einer Anbieterpluralität unter den Leistungserbringern und Kostenträgern. Es gibt viele unterschiedliche und teils eng definierte Versicherungsstrategien, die zu Abhängigkeiten und Interaktionen unter den Beteiligten führen können.

Im gemischten Modell mit einer Vielzahl unterschiedlich organisierter Kostenträger und Leistungserbringer hat der Gesetzgeber einen untergeordneten Einfluss. Am Beispiel der USA wird dies deutlich. Die Versorgung eines definierten Teils der

Bevölkerung wird wie bei einem öffentlichen Gesundheitsdienst erbracht und finanziert. Dabei erfolgt bedingt durch diese Systematik immer auch eine Rationierung der Leistungen. Ein anderer Teil der Bevölkerung muss sich über privat abgeschlossene Krankenversicherungen absichern, bei denen der Versicherte selber in einem gewissen Umfang über den Versicherungsschutz entscheiden kann bzw. muss. Es wird also auch Eigeninitiative vom Versicherten gefordert, was eine Art der Selbstbeteiligung darstellt. Weitere Teile der Bevölkerung sind über den Arbeitgeber versichert und befinden sich damit in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis, da der Versicherungsstatus u.a. an die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers gebunden sein kann. Dies bringt in der Folge für die Versicherten einen zusätzlichen Grad an Verantwortungsübernahme mit sich.

Die USA weisen die höchste Ausgabenquote für gesundheitliche Leistungen auf (Tabelle 4.2.). So hat eine privatwirtschaftlich organisierte Krankenversicherung stets das Ziel als Unternehmen am Markt zu bestehen und Gewinne zu erwirtschaften, da gemeinnützige „non-Profit“ Ziele eine untergeordnete bzw. keine Rolle spielen. Die Kostenträger und Leistungserbringer werden also bestrebt sein, finanzielle Risiken so zu kalkulieren, dass sich ein Gewinn erwirtschaften lässt. Allerdings besteht auch bei der privaten Krankenversicherung für die Versicherten der Anreiz, bei möglichst geringem finanziellen Einsatz (niedrige Versicherungsprämie) eine maximal umfangreiche Versorgung zu bekommen, die dann, im Falle eines abgeschlossenen Versicherungsvertrages, wiederum ein Verhalten entsprechend der Moral-Hazard-Problematik fördern kann. Diese Strukturen fördern zu dem für alle Beteiligten das Bestreben Informationsvorsprünge und -asymmetrien zum eigenen Vorteil auszunutzen, was wiederum Transaktionskosten im Zusammenspiel der Austauschbeziehungen erhöhen kann. Auch der privatwirtschaftlich geführte Leistungserbringer wird das Ziel verfolgen, profitabel zu arbeiten und Gewinne zu generieren. Es finden sich in diesem Modell, verglichen mit den anderen Modellen die meisten aus einem marktwirtschaftlichen Rahmen bekannten wettbewerblichen Anreizstrukturen.

Schließlich führt auch die vorhandene Anbieter- und Versicherungspluralität zu mehr bürokratischem Aufwand als in einem einheitlicheren System, was ebenso die vorhandenen hohen gesundheitlichen Ausgaben erklären kann.

	Grundstruktur	Finanzierung	Leistungsumfang	Organisation	Ausgaben Anteil am BIP	Kosten pro Kopf
Nationaler Gesundheitsdienst	Zentralstaatlich	Steuern	Umfassen der Leistungskatalog, Stehen allen zur Verfügung, Sachleistungsprinzip, Kostenlos	Freie Arztwahl, Hausärzte = „Gatekeeper“, Fachärzte in Krankenhäuser Fallpauschalen (DRG)	9,4 % letzte 20 Jahre ↑	3400 \$ * Insgesamt 125 Mrd. £
Sozialversicherungssystem	Selbstverwaltung	Umlageverfahren, Paritätisch aufgebrachte Beiträge, Staatlich-Steuerliche Zuschüsse	Gesetzlich definierte Leistungskatalog, Sach- und Geldleistungen	Freie Arztwahl, Fallpauschalen (DRG)	10,8 %	4450 \$ (A)* 4819 \$ (D)**
Kopfpauschalen		Einkommensunabhängige Beiträge, Staatlich-steuerliche Zuschüsse, Zuzahlungen der Versicherten	Gesetzlich definierter Leistungskatalog, Sach- und Geldleistungen, <i>geringer als im Vergleich zur GKV</i>	Freie Arztwahl, Niedergelassene Allgemein- und Fachärzte, Fallpauschalen (DRG)	11 %	5643 \$ * 6325 \$ **
Freiwillige private Krankenversicherung	Keine umfassende staatliche Versorgung	Beiträge, Staatlich-steuerliche Mittel, Zuzahlungen der Versicherten	Abhängig vom Versicherer <i>Deutlich geringer als im Vergleich zur GKV</i>	Beschränkte freie Arztwahl, Wenige ambulante Allgemeinärzte und hoher Spezialisierungsgrad	18 %	8508 \$ * 8713 \$ **

Tabelle 4.2

Zusammenfassende Darstellung der Organisationsmerkmale der hier dargestellten Gesundheitssysteme. (* entnommen aus Schölkopf und Pressel 2014, S. 119 ff.; ** entnommen aus Osterloh 2015; S. B1583).

4.4. Zusammenfassende Einordnung dieser Organisationsformen

In der Zusammenschau der Organisationsformen wird deutlich, dass bei allen der Staat in unterschiedlichem Umfang eingreift und reguliert. Beim öffentlichen Gesundheitsdienst geschieht dies direkt, bei den Sozialversicherungssystemen eher indirekt und am wenigsten deutlich beim vierten, dem gemischten Modell. In den USA finden sich die meisten privatwirtschaftlich organisierten Anteile, wenngleich sich dies während der letzten Jahre geändert hat und auch dort der Gesetzgeber einen verstärkten Einfluss nimmt. Auch in Deutschland erfolgt durch den sog. G-BA seit Jahren eine direktere Einflussnahme auf die Selbstverwaltungsstrukturen als früher. Im Vergleich dazu wurden in Großbritannien im öffentlichen Gesundheitsdienst Strukturen geschaffen, die einer Selbstverwaltung ähneln (Hawkes 2012, S. A466). Gesundheitliche Versorgungsformen werden also in allen Ländern durch gesetzgeberische Anteile beeinflusst und stellen damit, unabhängig von einer idealtypischen Form, einen eigenen Markt dar. Innerhalb dieses Marktes bestehen deutlich reglementierte Strukturen und die jeweilige grundlegende typologische Ausrichtung führt zu unterschiedlichen Anreizwirkungen für die Beteiligten.

Großbritannien weist im Vergleich zu den anderen Ländern den geringsten Ausgabenanteil für Gesundheitsleistungen bemessen am Bruttoinlandsprodukt auf. Dieser Ausgabenanteil steigt mit dem Sozialversicherungsmodell und dem Modell der Schweiz weiter an, erreicht einen Gipfel beim gemischten Modell. Betrachtet man die vier Typologien, so scheint sich das jeweilige System mit dem Umfang der finanziellen Selbstbeteiligung der Versicherten zu verteuern (Tabelle 4.2.).

Es gibt zwar einige Gründe, die für die Einführung von finanziellen Selbstbeteiligungen sprechen (Schneider 2002, Seite 453). Damit kann die Nachfrage zielorientiert gestaltet und die Compliance der Versicherten gesteuert werden. Es kann jedoch ebenso zu einem veränderten Verhalten der Versicherten kommen, sodass im Sinne der Moral-Hazard-Problematik eine nicht angemessene Nachfrage nach Leistungen resultiert. Dies kann als negative Wirkung vorhandener finanzieller Selbstbeteiligungen die hohen Ausgaben diese Systeme (USA und Schweiz) mit erklären.

Bemessen an der damit verbundenen finanziellen Fairness rangiert bspw. die Schweiz auf einem hinteren Platz (38) im World Health Report 2000 der WHO im Vergleich zu Deutschland (Platz 6). Betrachtet man gleichzeitig den Ausgabenanteil an gesundheitlichen Leistungen am BIP, so ist die Schweiz zwar das zweitteuerste Land, jedoch nur wenig teurer als Deutschland oder Österreich (Tabelle 4.1).

Der geringe Ausgabenanteil im öffentlichen Gesundheitsdienst (Tabelle 4.2.) kann Folge der Rationierung und der geringen Bettenzahl sein. Gleichzeitig stellen im NHS Großbritanniens Kostenträger und Leistungserbringer letztlich eine Instanz dar, was zu geringeren Transaktionskosten und weniger Informationsasymmetrien beitragen kann. Kostenträger und Leistungserbringer stehen dann jedoch im Hinblick auf die zu verteilenden Entgelte weniger konkurrierend zu einander als bspw. in einer privatwirtschaftlichen Ausrichtung, in der mehr marktwirtschaftliche Elemente eine Rolle spielen. Weniger Konkurrenz zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern bedingt gleichzeitig auch einen geringeren Anreiz, sich untereinander wettbewerblich zu verhalten.

In Großbritannien, Österreich und der Schweiz erfolgt die Versorgungsplanung bei einer allgemeinen Versicherungspflicht im öffentlichen Gesundheitsdienst und der Sozialversicherung zunächst grundsätzlich bundeseinheitlich. Die konkrete Umsetzung dieses vorgegebenen Rahmens ist dann jeweils auf regionaler Ebene angesiedelt. Es resultieren Unterschiede in den Leistungsangeboten und -umfängen. Die zumeist als Budgets vorhandenen finanziellen Mittel werden durch unterschiedlich strukturierte fallpauschalierende Klassifikationssysteme an die Leistungserbringer verteilt. Eine Entwicklung hin zu einem solchen prospektiv pauschalierenden Ansatz, mit dem leistungsorientiert klassifiziert und die budgetierten Entgeltsummen verteilt werden, findet sich seit Jahren in allen Systemen.

Hierbei weisen die LKF Österreichs und HRG aus Großbritannien umfangreiche klassifikatorische Anteile auf, bei denen das Budget nicht nur mit festen Pauschalen und Zusatzentgelten verteilt wird, sondern die Leistungserbringer die Möglichkeit haben, auch auf individueller regionaler Ebene einzelne Preise zu verhandeln. Zudem können, wie im Fallpauschalensystem der USA vorhanden, regionale Gegebenheiten im Entgeltsystem kalkulatorisch berücksichtigt werden.

Es finden sich also in den Klassifikationssystemen Österreichs, Großbritanniens und der USA einige Anreizmechanismen für die Kostenträger und Leistungserbringer durch verhandelbare Preise den Produktionsfaktoreinsatz an die regionalen Bedürfnisse anzupassen. Hiermit ist auch ein Anreiz zur Förderung regionaler wettbewerblicher Strukturen verbunden.

Deutlich wird, dass es sich in den meisten Ländern um Mischsysteme handelt. Keines der Länder stützt die Finanzierung gesundheitlicher Leistungen auf nur einen strukturell typologischen Anteil. Der Staat beeinflusst letztlich immer auf direktem oder indirektem Wege die vorhandene Versorgung. In den USA, als Land in dem bisher der Staat keine so umfassende Rolle gespielt hatte, nimmt ein solcher Einfluss tendentiell zu, während in Großbritannien ein Trend hin zu einer Verantwortungsverlagerung auf Selbstverwaltungsinstanzen und somit die Leistungserbringer zu beobachten ist. Die beteiligten Leistungserbringer und Kostenträger bewegen sich in einem deutlich reglementierten Markt, der nur begrenzt marktorientierte Flexibilität für die eigenen Entscheidungen bietet.

Schließlich muss auch die Rolle des Konsumenten berücksichtigt werden. Bei allen Organisationsformen bestehen für den Konsumenten Leistungskataloge, die die zu finanzierenden Leistungen definieren. Dies gilt für den öffentlichen Gesundheitsdienst, die Sozialversicherung und auch für die privatwirtschaftliche Versorgung gleichermaßen. Dabei können Versicherte, sobald sie für die entsprechende Leistung berechtigt sind, diese zumeist als Sachleistungen abrufen. Beim öffentlichen Gesundheitsdienst und im gemischten Modell finden sich rationierende Wirkungen durch den Kostenträger. In der Sozialversicherungsstruktur können gesundheitlichen Dienstleistungen hingegen in der Theorie nahezu unbegrenzt abgerufen werden. In keiner dieser Organisationsformen muss sich der Konsument die Frage stellen, ob er auch ohne Versicherung bereit wäre, die Kosten für diese Leistungen selber zu tragen. Der Konsument ist in keinem der Systeme als externer Produktionsfaktor innerhalb des Leistungsprozesses umfangreich verantwortungsorientiert integriert, was letztlich immer den Anreiz zu eigenorientiertem und opportunistischem Verhalten gibt.

4.5. Welche Erfahrungen hinsichtlich psychiatrischer Entgeltsysteme finden sich im internationalen Vergleich?

Die bisherige zusammenfassende Einordnung der im internationalen Vergleich beispielhaft herangezogenen Versorgungssysteme und zugehörigen Strukturen bezog sich allgemein auf das Gesundheitswesen. Es ist anzunehmen, dass die eingangs formulierten Annahmen und Merkmale (mit u.a. hidden intentions, hidden actions und beiderseitiger Informationsasymmetrien) im psychiatrisch-psychosomatischen Leistungs- und Produktionsprozess ebenso für andere Gesundheitssysteme gelten und somit ähnliche Unsicherheiten sowie Risiken hervorgerufen werden. Bei dem Ansatz die vergleichende Darstellung dieser Versorgungssysteme aus einer ökonomischen Perspektive hinsichtlich der Psychiatrie zu betrachten, ergeben sich dabei einige Schwierigkeiten.

In den meisten OECD-Staaten wurden psychiatrische Leistungen über viele Jahre weitgehend gleichbleibend vergütet, während sich in der Vergütung der somatischen Krankenhausleistungen ein Reformprozess der Entgeltsystematik entwickelte. Dieser führte schließlich zum heutigen Stand, bei dem eine prospektive Entgeltsystematik dominiert.

Für diese Aussparung der psychiatrischen Leistungen können einige Gründe herangezogen werden. Gesundheitssysteme und ihre Strukturen werden international typischerweise auf Basis der von der OECD gesammelten Daten verglichen. Hierbei ergibt sich eine erste Schwierigkeit, dass von der OECD psychiatrische Versorgungsstrukturen und dazu gehörende Daten über viele Jahrzehnte nur ungenau erfasst wurden, nämlich nur dann, wenn die Leistungen an somatischen Krankenhäusern erbracht wurden (Schölkopf und Stapf-Hine 2003, S. 111). Daten der, wie insbesondere in Deutschland, lange aufrecht erhaltenen Struktur psychiatrischer Großkrankenhäuser, in Form der ehemaligen Landes- und Bezirkskrankenhäuser, wurden damit über viele Jahre nicht in der statistischen Aufbereitung der OECD berücksichtigt.

Literaturrecherchen ergeben außerdem eine nur verhältnismäßig kleine Zahl an aussagekräftigen Studien, deren Vergleichbarkeit durch die große Heterogenität der Versorgungssysteme deutlich limitiert wird (Richter 2012, S. 7).

Die früheren Großkrankenhäuser ergeben in diesem Zusammenhang eine weitere Besonderheit. Historisch betrachtet hatten sich in den meisten OECD-Staaten solche Großkrankenhäuser ab 1900 und dann nach den Weltkriegen entwickelt. Dies kann einerseits mit den früheren nur sehr beschränkten Behandlungsmöglichkeiten psychiatrischer Erkrankungen erklärt werden, da diese oftmals in einen chronischen Verlauf führten und damit einer fast durchgehenden Begleitung bedurften. Andererseits waren psychiatrische Erkrankungen früher im soziokulturellen Kontext der Länder und Gemeinden kaum akzeptiert. Psychisch erkrankte Menschen wurden mehr oder weniger vom öffentlichen Leben ausgeschlossen, um in einem solchen Großkrankenhaus dauerhaft untergebracht zu leben. Hier spiegelt sich, bezogen auf Deutschland, letztlich auch die frühere Ideologie der Nazi-Zeit wider, bei der psychiatrische Erkrankungen mit einer therapeutischen Hoffnungslosigkeit und Entwertung der Menschen einherging, die auch noch einige Jahrzehnte nach dem Krieg prägte (Kunze 2013, S. 141).

Um 1960 begann in anderen Ländern (u.a. Großbritannien, USA, Niederlande) eine sich entwickelnde Psychiatriereform (Kunze 2015, S. 20). In Deutschland wurde erst ab 1975 mit einer deutlichen Verspätung und durch die sog. Psychiatrie-Enquête der Öffnungsprozess dieser Großkrankenhäuser eingeleitet und es entwickelten sich zunehmend kleine psychiatrische Abteilungen angegliedert an Krankenhäuser der somatischen Versorgung. Gründe für diese im Vergleich zu den anderen Ländern verspätete Entwicklung werden u.a. mit einer „Verdrängung der Nazi-Verbrechen“ an den psychisch erkrankten Menschen und mit der Abgeschlossenheit der Großkrankenhäuser, die der Bevölkerung psychiatrisch erkrankte Menschen kaum bewusst werden ließen, begründet (Bühning 2002, S. 29). Mit der sog. Psychiatrie-Enquête, als eine Art Leitlinie, gingen Empfehlungen einher, die vor allem von einem Paradigmenwechsel beeinflusst wurden. Die als unwürdig empfundene, eher zur Hospitalisierung führende Behandlung in Großkrankenhäusern sollte durch eine wohnortnahe Versorgung ersetzt werden. Mit diesem Ansatz war jedoch auch schon damals eine Kostenminimierung verbunden (Becker et al., 2008, S. 52). In Deutschland wurden dennoch begründet durch die zu hohe Varianz innerhalb der Kostenstruktur die psychiatrischen Leistungen mit der Entwicklung und Einführung der G-DRG diese ausgespart, da sie nicht sachgerecht kalkulierbar seien.

Im Vergleich dazu wurden in den USA während der 1990er Jahre erste ökonomische Evaluationen vorgenommen, bei denen pauschalierende Vergütungsansätze für psychiatrische Leistungen genutzt werden sollten. Diese führten zu teils widersprüchlichen Ergebnissen. So ergaben sich innerhalb der ersten Jahre zunächst keine qualitativen Veränderungen in der Versorgung. Hingegen fanden sich eine Dekade später Tendenzen hin zu einer Verschlechterung der Versorgung. Hierbei wurde jedoch ebenso deutlich, dass nicht mit vergleichbaren Qualitätsindikatoren gemessen wurde (Richter 2012, S. 7). In der Zusammenschau der Studienlage wurde schließlich postuliert, dass durch pauschalierende Vergütungssysteme grundsätzlich keine Verschlechterung der Versorgung zu verzeichnen sei, wobei die Gruppe der chronisch und damit schwerst erkrankten psychiatrischen Patienten eine Ausnahme bilde. Es ist jedoch auch zu bemerken, dass eine Reihe solcher fall- oder tagespauschalierenden Systeme in der Folge bis zur Jahrtausendwende wieder abgeschafft wurden (Richter 2012, S. 9).

Es erfolgte dann ab dem Jahr 2000 in den USA die Entwicklung des Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System (IPF PPS) und ab 2005 dessen Einsatz (Belling 2013, S. 36). Hierbei handelt es sich jedoch um ein System der Medicare-Programme, sodass es nur für einen Teil der Versicherten gilt und weist insgesamt einen nur geringen Differenzierungsgrad auf.

Lediglich die LKF Österreichs stellen ein Beispiel dar, in dem eine direkte Integration der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen in ein pauschalierendes Entgeltsystem erfolgte und bei dem es nicht zu den häufig mit prospektiven Entgeltsystemen verbundenen negativen Folgen (höhere Wiederaufnahmen, inadäquate Verkürzung der stationären Behandlungsphase etc.) kam.

Es finden sich in einigen anderen Ländern (u.a. Ungarn, Frankreich, Australien) pauschalierende Entgeltsysteme zur Vergütung psychiatrischer Leistungen in Entwicklung (Dirschedl 2011, S. 78). Vergleichbare Ergebnisse liegen jedoch kaum vor.

Die Erfahrungen und der damit verbundene Kenntnisstand zu ökonomischen Zusammenhängen, aber insbesondere auch zu nicht-ökonomischen Wirkungen

innerhalb der Vergütungssysteme psychiatrischer Leistungen sind also insgesamt nur sehr gering. Keines der international eingesetzten Systeme ist mit dem PEPP-Entgeltsystem Deutschlands direkt vergleichbar. Allen liegt schließlich der Ansatz zugrunde durch eine Verbesserung der Transparenz und die Einführung einer Leistungsorientierung die Versorgung der Versicherten zu verbessern. Es finden sich in keinem Land reine fallpauschalierende Ansätze, sodass es sich immer um Mischsysteme handelt. Schließlich muss außerdem bedacht werden, dass in keinem der Länder der Konsument der Leistungen innerhalb des Leistungsprozesses und innerhalb des Entgeltsystems direkter beteiligt wird als bisher.

	Öffentlicher Gesundheitsdienst		Sozialversicherung				Gemischtes Modell	
	Versicherter im NHS	HRG	Versicherter in Österreich	LKF	Versicherter in Deutschland	G-DRG	Versicherter in den USA	DRG
Austauschbeziehungen/Transaktionskosten		↓ da Kostenträger = Leistungserbringer		↑ da Kostenträger ≠ Leistungserbringer		↑ da Kostenträger ≠ Leistungserbringer		↑↓ da Kostenträger ≠ Leistungserbringer <u>und</u> Kostenträger = Leistungserbringer
Wettbewerb/Leistungsorientierung	Wettbewerb ↓	Leistungsorientierung vorhanden	Wettbewerb ↑	Leistungsorientierung vorhanden (Kern- und Steuerungs-bereich)		Leistungsorientierung vorhanden		Leistungsorientierung vorhanden
Flexibilität	gering	individuelle Preise regional verhandelbar	keine freie Kassenwahl/ beschränkte Arztwahl	Preise individuell verhandelbar im Steuerungs-bereich	freie Kassen-, Krankenhaus- und Arztwahl	keine freie bzw. limitierte Kassen- und Arztwahl		Preise werden verhandelt
Selbstbeteiligung der Konsumenten	limitierter Leistungskatalog /Anreiz für Zusatzvers.	keine	geringer Umfang/Anreiz für Zusatzvers.		geringer Umfang/Anreiz für Zusatzvers.		deutlicher Umfang/Anreiz für Zusatzvers.	++
Qualitätsorientierung	kein Einfluss durch Entgeltsystem	Qualitätsabhängige Entgeltanteile vorhanden	kein Einfluss durch Entgeltsystem	+	kein Einfluss durch Entgeltsystem	Keine qualitätsabhängigen Entgeltanteile	+	++
Transparenz	kein direkter Einfluss	erhöht Leistungs-transparenz	kein direkter Einfluss	erhöht Leistungs-transparenz	kein direkter Einfluss	erhöht Leistungs-transparenz	-	-
Praktikabilität	+	erhöhter Dokumentationsaufwand	+	erhöhter Dokumentationsaufwand	++	deutlicher Dokumentationsaufwand		
Kostenverantwortung	keine	Kostenträger und Leistungserbringer	gering	Leistungsbringer > Kostenträger	gering	Leistungsbringer >> Kostenträger	deutlicher	gemischt

Tabelle 4.3

Zusammenfassende Übersicht der vorhandenen Anreizwirkungen innerhalb der Gesundheitssysteme und pauschalierenden Klassifikationsinstrumenten.

5. Das deutsche Gesundheitssystem

5.1. Grundlagen zur stationären Vergütung in Deutschland

Die Strukturen im deutschen Gesundheitswesen, wie sie noch heute vorhanden sind, gehen auf Bismarck zurück, der in einem Reichsgesetz die allgemeine Krankenversicherungspflicht für Arbeiter und Angestellte einführte, was letztlich die Gründung gesetzlicher Krankenkassen ermöglichte (1883) und das erste Sozialversicherungssystem begründete.

Betrachtet man nun das deutsche Gesundheitswesen, dann fällt als eine herausragende Besonderheit und im internationalen Vergleich am ausgeprägtesten vorhanden die strikte Trennung zwischen ambulantem und stationärem Versorgungssektor auf. Diese besteht letztlich seit 1931 bis heute. Zwar wird diese Trennung zunehmend aufgeweicht. Es resultieren jedoch aus dieser Trennung heraus die kassenärztlichen Vereinigungen, die als Selbstverwaltungsorgane die Vergütung ambulanter Leistungen organisieren (Busse und Riesberg 2005, S. 14ff).

Da sich die vorliegende Arbeit fokussiert mit der Entwicklung der Vergütung stationär-psychiatrischer Leistungen befasst, wird hier auf die ambulante Vergütungssystematik mit den dazugehörenden Merkmalen nicht näher eingegangen. Dennoch muss bedacht werden, dass eine solche sektorale Trennung mit eigenen Selbstverwaltungsorganen und damit einem eigenen bürokratischen Anteil sowie Aufwand das System eher komplizierter als zuvor werden lässt. Daraus folgen wiederum eigene komplexe Anreizmechanismen, die Informationsasymmetrien, opportunistisches Verhalten und zunehmende Transaktionskosten nach sich ziehen können (Nienhüser et al. 2012, S. 5; Amelung 2012, S. 39).

5.1.1. Der Ordnungspolitische Rahmen

Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland werden durch mehrere Instanzen, die teils konträr arbeiten, gelenkt. Hierbei handelt es sich um den Bund, die Länder, die Selbstverwaltungsorgane der Leistungserbringer und der Kostenträger sowie letztlich auch Gruppierungen, die die Patienten vertreten. Die sektorale Trennung in ambulanten und stationären Bereich und die (noch vorhandene) sog. duale Krankenhausfinanzierung lassen die Vergütungssystematik im deutschen Gesundheitswesen zu einem äußerst komplexen Konstrukt werden. In einem deutlich reglementierten Markt entstehen damit viele unterschiedliche Anreizstrukturen unter den gegebenen Umständen in Wettbewerb zu treten.

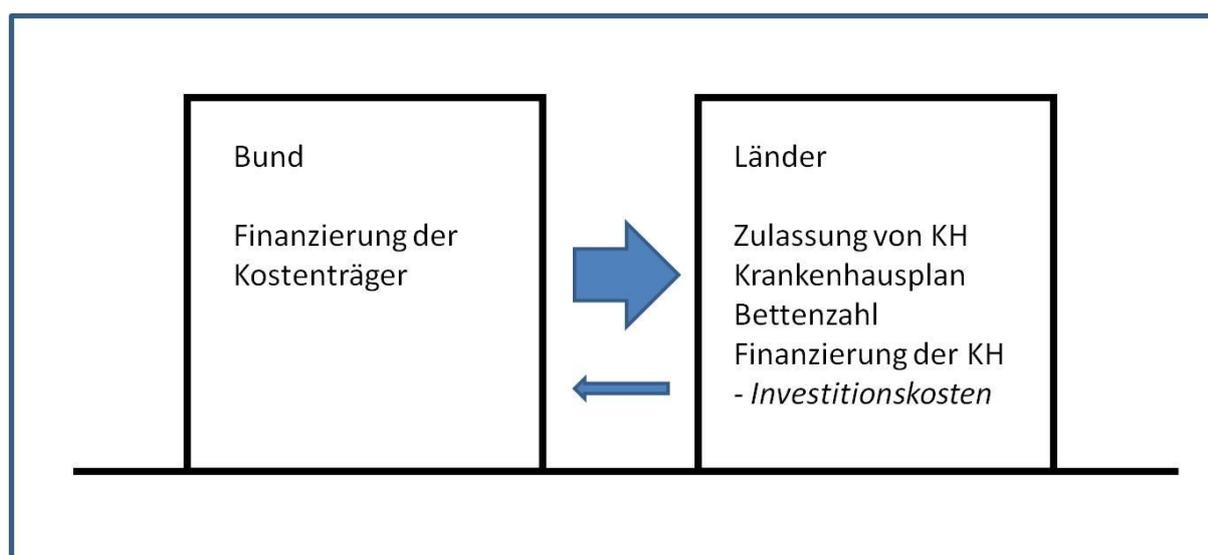


Abbildung 5.1

Zusammenspiel des Bundes und der Länder. Der Bund bzw. das Bundesgesundheitsministerium stellt die Regelungen auf, die auf Länderebene umgesetzt werden müssen. Hierzu gehört die eigentliche Gesetzgebung ebenso wie Vorgaben zur Entwicklung der Entgeltsystematik im Krankenhaus. Letztere wird schließlich über die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen umgesetzt. (Quelle: eigene Darstellung)

Dabei gibt es eine grundlegende planerische Zuständigkeit für Fragen der Gesundheitspolitik auf Bundesebene. Die Umsetzung von Vorgaben und Zielen des Bundes ist föderal auf Länderebene angesiedelt. Hierzu gehört im Sinne der dualistischen Krankenhausfinanzierung die Sicherstellung der Investitionskosten für Krankenhäuser. Auf Länderebene erfolgt außerdem die Planung und Zulassung der vorhandenen Bettenzahl sowie die Zulassung bzw. Aufnahme eines Krankenhauses in der Krankenhausplanung.

Ein übergeordnetes Ziel der Länder kann somit als „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser“ angesehen werden (Bruckenberg 2005, S. 27). Jedoch haben die Länder auch die Aufgabe dafür zu sorgen, dass eine bedarfsgerechte Planung vorhandener Betten sichergestellt wird (Augurzyk et al. 2009, S. 10-11) und sind damit für die finanzielle Sicherung der Gesundheitsversorgung zuständig.

Auf Bundesebene hat sich in den letzten Jahren bzw. mit den zurückliegenden gesetzlichen Reformen (von den 1970er Jahren bis heute) der Krankenhausfinanzierung ein zunehmender Einfluss des Bundes entwickelt. Dem Bund wurden so Gesetzgebungs- und Verwaltungsbefugnisse übertragen, über die er in zunehmender Weise steuernd auf die Länderstrukturen Einfluss nimmt. So entsteht ein Spannungsfeld, wobei der Bund eher auf die „wirtschaftliche Sicherstellung der Krankenkassen“ fokussiert ist (Bruckenberg 2005, S. 27).

Im Gesundheitswesen finden sich mehrere Selbstverwaltungsorgane auf Seiten der Leistungsanbieter/-erbringer und der Kostenträger. Ein Teil dieser Organe hat die Aufgabe das vorhandene Geld zu verteilen, während andere lediglich Verwaltungs- oder Vertretungsaufgaben wahrnehmen.

Seit 2007 vertritt der GKV-Spitzenverband als Verwaltungsorgan die Interessen der Kostenträger, also der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV). Somit werden politische Rahmenbedingungen durch die jeweilige Bundesregierung vorgegeben, dann jedoch aus staats-, wirtschafts- und sozialpolitischer Sicht auf Ebene der Kostenträger selbstständig verwaltet.

Auf der Ebene der Leistungserbringer, hier den Krankenhäusern, übernimmt die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) bzw. deren Landesvertretungen Verwaltungsaufgaben. Selbstverwaltungssysteme finden sich auch auf Ebene der ambulanten Leistungserbringer. Hier übernimmt die Kassenärztliche

Bundesvereinigung (KBV) mit ihren zugehörigen Landesvertretungen Aufgaben zur Regelung ihrer Leistungen sowie Entgeltverteilung.

Diesen Selbstverwaltungsorganen übergeordnet gibt es seit 2004 ein weiteres Gremium, den sog. Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA wurde in dieser Form mit dem Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) zum 1. Januar 2004 eingerichtet. Eine anfangs sektorale Organisation der Aufgaben des G-BA wurde 2007 geändert, sodass heute alle Entscheidungen sektorenübergreifend für die ambulanten, ärztlichen, zahnärztlichen und stationären Bereiche getroffen werden. Der G-BA berät über die medizinische Versorgung und legt hierfür Richtlinien fest. Ihm gehören drei unparteiische Mitglieder an sowie Vertreter der Vertragsärzteschaft, der Vertragszahnärzteschaft, der gesetzlichen Krankenkassen und der Krankenhäuser. Ohne Stimmrecht in diesem Gremium teilnehmend finden sich außerdem Patientenvertreter.

Schließlich finden sich auch auf ärztlicher Ebene im Rahmen der Ärztekammern Selbstverwaltungsstrukturen. Sie sind ebenfalls in eine Bundes- und mehrere Länderkammern unterteilt.

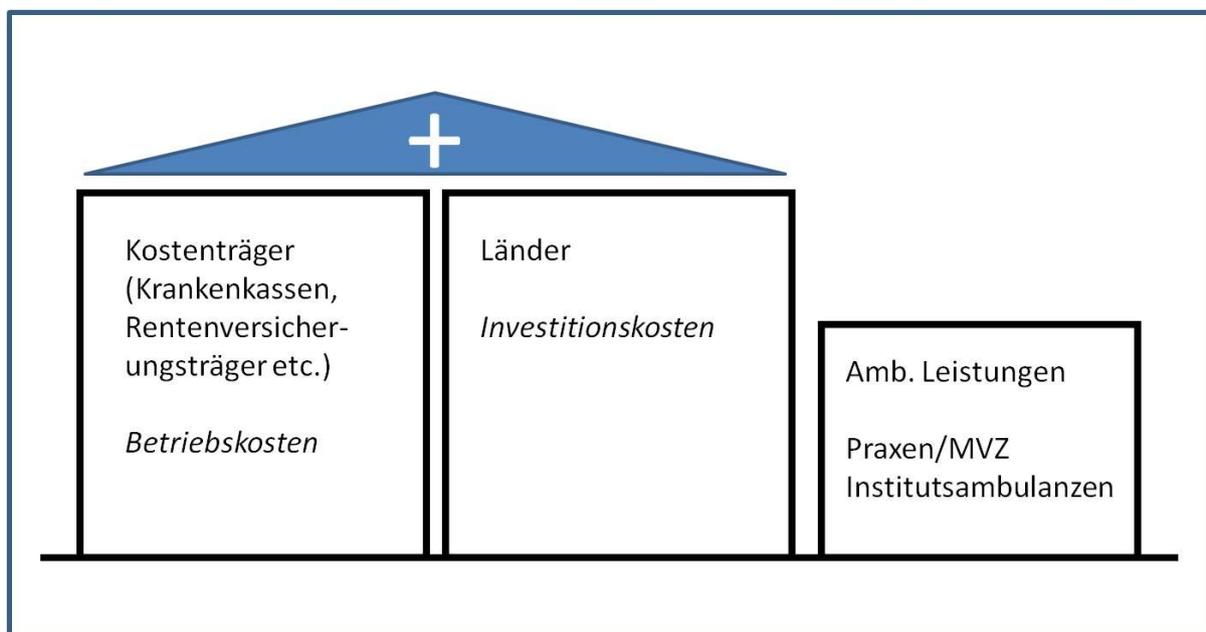
5.1.2. Krankenhausfinanzierung

Die Krankenhausfinanzierung erfolgt in Deutschland durch eine Mischfinanzierung. Seit 1972 werden Investitionskosten und Betriebskosten unterschiedlich ausgeglichen. Für Investitionskosten kommen die Länder im Sinne einer öffentlichen Förderung (aus Steuermitteln) auf. Hierbei gibt es Pauschalförderungen für kurzfristige Anlagegüter, die unabhängig von der Bedürftigkeit, jedoch bemessen an der vorhandenen Versorgungsstufe (bspw. Krankenhäuser mit sog. Grund-, Regel-, Schwerpunkt- oder Maximalversorgung) gewährt werden. Langfristige Investitionen (bspw. Erweiterungen des Krankenhauses, Umbau etc.) müssen, um öffentlich gefördert zu werden, ein Antragsverfahren durchlaufen. Hierbei ist eine grundlegende Voraussetzung, dass das betreffende Krankenhaus im jeweiligen Krankenhausplan des Landes aufgenommen ist. Der Bedarfsplan wird auf

Länderebene durch die jeweils dafür zuständige Behörde für das betreffende Bundesland erstellt.

Wie das gesamte deutsche Gesundheitswesen befindet sich auch die Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser seit Jahren in einem ständigen Wandel und es wird über unterschiedliche neue Modelle diskutiert, wie bspw. eine mehr selektive und effizientere Vergabe von Fördergeldern an die Krankenhäuser oder die Entwicklung von sog. Investitionspauschalen (Auguszky 2012, S. 255; Häusler 2012, S. 246). Leistungsorientierte Investitionspauschalen sind im §10 KHG definiert und können von den Ländern umgesetzt werden. Seit 2002 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ein Handbuch zur Kalkulation der Investitionskosten vorgelegt.

Die Finanzierung der Betriebskosten eines Krankenhauses erfolgt durch die Kostenträger und damit über die Vergütungssystematik der G-DRG im somatischen Bereich. Ähnliches gilt für das neue pauschalierende Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik.

**Abbildung 5.2**

Die duale Finanzierung der Krankenhäuser bedeutet, dass Betriebskosten über die Kostenträger im Rahmen der Abrechnungsregelungen (DRG in somatischen Kliniken, bisher BPfV und zukünftiges Entgeltsystem in der Psychiatrie) stationärer Leistungen finanziert werden. Diese Regelungen sind bundeseinheitlich. Das jeweilige Bundesland kann länderspezifisch Investitionen der Krankenhäuser über entsprechende Förderungen unterstützen. Ambulante Leistungen, die durch Krankenhäuser erbracht werden – über an die Klinik angegliederte Praxen, medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder Institutsambulanzen – stellen eine Einnahmemöglichkeit dar. (Quelle: eigene Darstellung)

5.1.3. Klassifikationssysteme

Aus der Vielzahl von Klassifikationssystemen, die im Gesundheitswesen eine Rolle spielen, sollen hier nur einige für diese Arbeit relevante Systeme Erwähnung finden und kurz dargestellt werden.

ICD und OPS

Die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD) stellt einen Schlüssel zur Kodierung von Erkrankungen dar. Jeder ICD-Kode besteht aus einem Buchstaben und einer definierten Ziffernfolge. Hierbei bezieht sich der am Anfang stehende Buchstabe auf das die Erkrankung betreffende Organssystem oder eine übergeordnete Gruppe. Der folgende Ziffernkodex bezieht sich dann auf die Erkrankungsgruppe im engeren Sinne, die mit einem Punkt getrennt und mit jeder weiteren Stelle konkretisiert wird. Rechts vom Kode stehende Buchstaben weisen die Diagnose als gesichert oder auf einen „Verdacht auf“ hin. Es kann außerdem die Lokalisation einer Störung (rechts, links, beidseits) definiert werden. Weitere Merkmale dieser Kodierung sollen hier nicht näher erläutert werden.

In Deutschland wird die deutsche Version der ICD, als ICD-GM (-German Modification) genutzt. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gibt jährliche Überarbeitungen der ICD heraus.

Zur Kodierung von diagnostischen Maßnahmen und Behandlungen in der Medizin gibt es den sog. Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) oder auch Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Hierbei handelt es sich ebenfalls um einen Ziffernkodex, der die übergeordneten Gruppen durch einen Bindestrich und einen Punkt unterteilt. Es werden diagnostische, bildgebende Maßnahmen, Operationen, Medikamente, nichtoperative und ergänzende Maßnahmen unterschieden. Der Kode definiert bspw. die notwendigen Voraussetzungen, um eine spezielle therapeutische Maßnahme (z.B. komplexe psychosomatische Behandlung) kodieren zu können. Auch dieser Schlüssel wird durch das DIMDI herausgegeben bzw. jährlich überarbeitet.

Beide Schlüssel, die ICD und der OPS, haben insofern Bedeutung, als sie maßgebliche Kodierinstrumente im G-DRG-System sind und dementsprechend ebenfalls im neuen Entgeltsystem in der Psychiatrie genutzt werden.

ICD	
F60.3- F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung Borderline-Typ
OPS	
9-615	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen
9-615.1	Intensivbehandlung mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten
9-615.10	Intensivbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche

Abbildung 5.3

ICD und OPS. In der ICD werden Erkrankungsgruppen bzw. Organsysteme durch einen Buchstaben kodiert. Es schließt sich ein Zahlenkode für die entsprechende Erkrankung an. Rechts werden mit weiteren Buchstaben die Seitenzuordnung (R=rechts, L=links, B=beidseitig) und die Sicherung der Diagnose verschlüsselt (V=Verdacht, G=gesichert, A=Ausschluss). Letztere spielen jedoch in der stationären Kodierung keine Rolle, da hierzu spezielle Kodierregeln aus dem Kodierrichtlinien vorliegen. (Quelle: eigene Darstellung)

Im OPS kodiert die erste Ziffer links das Kapitel innerhalb des Kataloges. Die Ziffer 6 steht für psychiatrische Prozeduren, während die 1 die Behandlungsart und die 5 den Schweregrad (Merkmale) anzeigt. Durch einen Punkt getrennt folgen dann die Spezifizierung des Umfangs und die Zuordnung zu einer Mitarbeitergruppe (hier 1=Ärzte/Psychologen).

DSM

Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ist ein in den USA entwickeltes und dort weit verbreitetes Klassifikationsinstrument speziell für psychiatrische Erkrankungen. Die Version IV ist aktuell noch am weitesten verbreitet, während die Nachfolgeversion DSM-V mittlerweile vorliegt.

Ähnlich der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) werden beim DSM-IV mehrere Bereiche bezogen auf den Patienten berücksichtigt, sodass z.B. das soziale Umfeld, die zugrundeliegende Persönlichkeitsstruktur, weitere medizinische Aspekte u.a. eine Rolle in dieser Art der diagnostischen Klassifikation spielen.

Diese beiden Schlüssel (DSM und OPD) sind spezifisch für die Psychiatrie entwickelt worden und haben bislang keine weitere Bedeutung im Entwicklungsprozess des neuen Entgeltsystems. Der DSM-IV wurde jedoch als ein mögliches und zu integrierendes Klassifikationssystem psychischer Störungen im bisherigen Entwicklungsprozess des InEK zitiert.

G-DRG

Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aus dem Jahr 2000 wurde ab 2003 das heute bestehende Fallpauschalensystem (German-Diagnosis Related Groups - G-DRG) in den somatischen Krankenhäusern in Deutschland eingeführt. Damit folgte der letzte und deutlichste Schritt hin zu einem Vergütungssystem mit prospektiv kalkulierten Entgelten und hin zu einem Festpreissystem. 2003 erfolgte dies jedoch zunächst unter Ausschluss der psychiatrisch-psychosomatischen Fachkrankenhäuser und Abteilungen an somatischen Kliniken.

Fallpauschalen wurden ab ca. 1975 in den USA entwickelt. Das damalige Ansinnen eines solchen Systems war es, ein Patientenklassifikationssystem zu entwickeln, mit dem Patienten- oder Erkrankungsgruppen mit einem gleichen Ressourcenverbrauch erfasst werden konnten. Es ging also nicht darum aus medizinischer Sicht zu klassifizieren, sondern aus der wirtschaftlichen Perspektive. So war es das ursprüngliche Ziel, den Krankenhäusern als Unternehmen ein Instrument an die Hand zu geben, mit dem sie den eigenen Ressourcenverbrauch im Sinne von Kosten darstellen konnten (Fetter et al., 1977, S. 137-138; Fetter et al., 1980, S. 1ff).

Mit diesem Hintergrund nutzte Deutschland die G-DRG für den Einsatz als Entgeltsystem (Clade 2000, S. 340), deren zugrundeliegende Systematik hier dargestellt werden soll.

Im Jahr 2000 passte das Fallpauschalensystem Australiens, die Australian Refined-Diagnosis Related Groups (AR-DRGs), am besten zu den Bedürfnissen im deutschen Gesundheitswesen, sodass mit Beschluss der Gesetzgebung aus dem Jahr 2000 (KHG) entsprechend ab 2003 die Einführung und fortlaufende Weiterentwicklung erfolgte.

Grundlegendes Ziel der G-DRG ist es, jedem Behandlungsfall im Krankenhaus nur eine Fallpauschale zuzuordnen. Hierfür sind einige Merkmale notwendig, sodass die Behandlungsdiagnose, sog. Nebendiagnosen, das Alter, das Geschlecht u.a.m. einen Einfluss auf die Pauschale und die Fallschwere haben. Über einen Entscheidungsbaum, der auch erschwerende Einflüsse während der Behandlung und geleistete Prozeduren erfasst, wird dann die zu kodierende DRG bestimmt. Jede DRG weist ein sog. Relativgewicht, eine mittlere Verweildauer und eine untere sowie obere Grenzverweildauer auf. Das Relativgewicht ergibt letztlich die „Wertigkeit“ der DRG im Vergleich zu anderen DRGs. Die Grenzverweildauer beschreibt den Zeitraum, innerhalb dessen die volle Pauschale gezahlt wird (Abbildung 5.5.). Verkürzt sich die Verweildauer, dann kann es zu Abzügen von der Pauschale kommen, verlängert sich die Verweildauer, werden Zuschläge notwendig (Abbildung 5.4.).

Zusätzlich zu der eigentlichen Pauschale gibt es auch Sonderentgelte bzw. besondere Vergütungselemente für z.B. Ausbildungsstätten oder sog. Kalkulationskrankenhäuser.

Damit hat sich bis zum heutigen Zeitpunkt ein Fallpauschalensystem entwickelt, bei dem sich die grundlegenden Elemente typischer Fallpauschalen finden. Einem Behandlungsfall werden eine Hauptdiagnose und weitere Nebendiagnosen zugeordnet. Jedem Fall wird eine Pauschale mit einer Bewertungsrelation (BWR), dem Basisentgeltsatz, Verweildauern mit Zu- und Abschlägen zugeordnet. Es finden sich in der Kalkulationssystematik mittlerweile jedoch auch in umfänglichem Rahmen Zusatzentgelte und besondere Vergütungselemente für bspw. kostenintensive Erkrankungsgruppen (Roeder et al., 2014, S. 10; Baum und Jaeger 2014, S. 17).

Die Systematik der entwickelten Fallpauschalen besagt weiterhin, dass anhand der Daten des vergangenen Jahres der Leistungserbringer seine eigenen Leistungen für das nächste Jahr einschätzen muss. Es geht also um eine prospektive budgetäre Einschätzung der eigenen erwarteten Kostenstrukturen.

Seit Start der G-DRG werden jährlich definierte Datensätze zu den Behandlungsfällen durch die Krankenhäuser gesammelt und an das InEK verschickt. Hierzu sind die Kliniken gesetzlich verpflichtet. Diese Daten werden jährlich zusammen mit den gelieferten Kostendatensätzen neu kalkuliert. Daher gibt es jährlich neu überarbeitete Fallpauschalenkataloge. Diese sind mittlerweile sehr ausdifferenziert und umfassend (Roeder et al., 2014, S. 10; Rau 2014, S. 13).

Grundlegend sollen mit der Fallpauschale sämtliche (Betriebs-)Kosten eines Behandlungsfalles gedeckt sein. Hierbei gruppiert die G-DRG die Behandlungsfälle nicht primär aus der Perspektive der zugrundeliegenden medizinischen Diagnosen, sondern aus Sicht des Ressourcenverbrauches. Die G-DRG fassen kostenhomogene Fallgruppen zusammen. Damit entsteht grundsätzlich ein Fallbudget, dessen Höhe von bestimmten Basismerkmalen und Schweregraden sowie Prozeduren abhängt.

Da sich früh zeigte, dass kostenintensive Fälle nicht über reine Fallpauschalen abbildbar sind (Billing et al., 2003, S. 452; Billing et al., 2005, S. 474), gibt es den eigentlichen G-DRG eine „vorgeschaltete“ Vergütungssystematik, sog. Pre-MDC

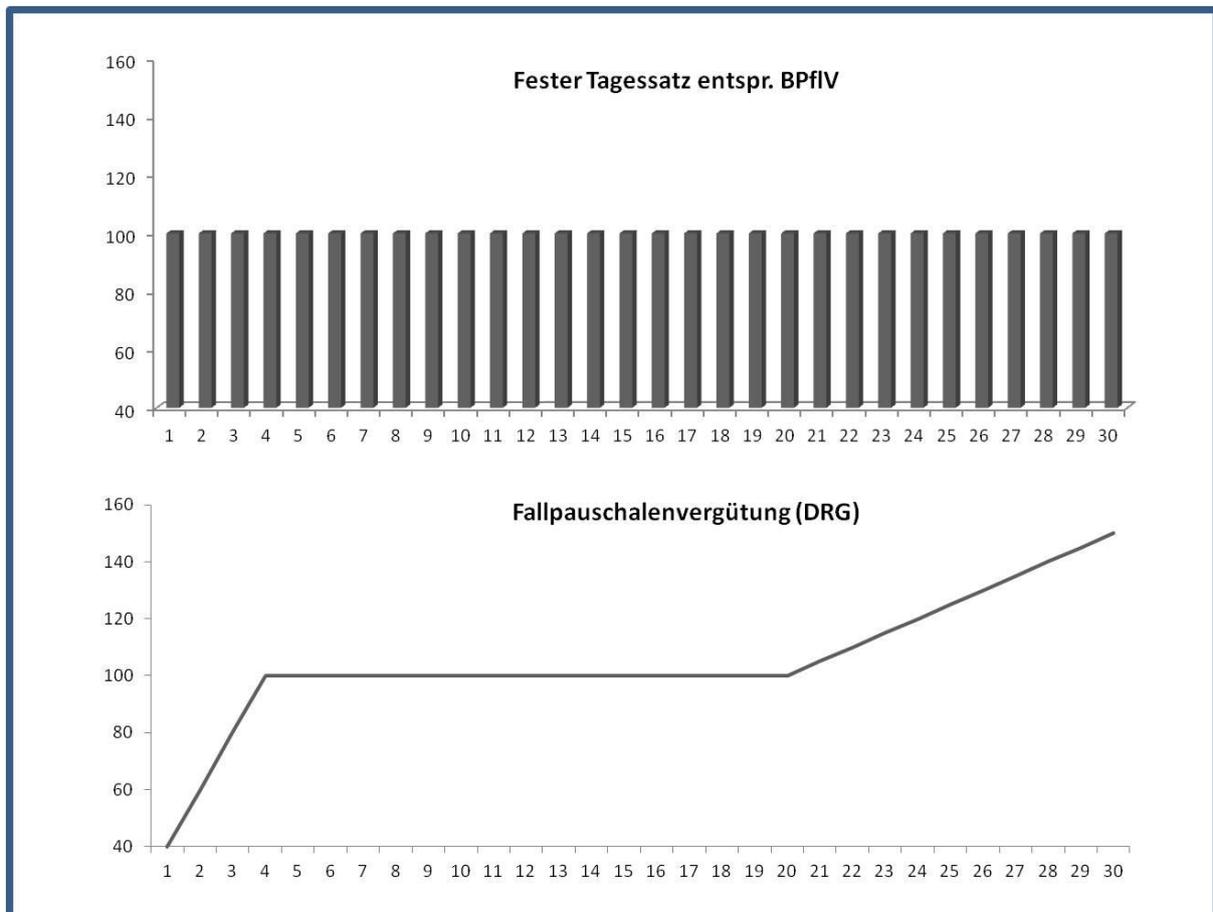
(Pre-major diagnosis categories). Diese fallen letztlich aus der fallpauschalierten Systematik heraus, nicht jedoch aus dem zur Verfügung stehenden verhandelten Erlösbudget.

Die G-DRG beinhalten auch Sonderentgelte für bestimmte Leistungen, die dann als aktivitätsbezogene Budgets angesehen werden können, da hiermit bestimmte zusätzliche Leistungen (Aktivitäten) vergütet werden (Frese et al., 2004, S. 742).

Im Fallpauschalensystem führt der Festpreis zu einer Phase, in der – würde man dies so aufgliedern – pro Tag ein gleiches Entgelt gilt. Diese Phase liegt orientierend ausgedrückt zwischen der unteren und oberen Grenzverweildauer (siehe Abbildung 5.4. und 5.5.). Daher kann der Leistungserbringer bestrebt sein, die Behandlung innerhalb dieser Zeitspanne zu beenden, um so den Erlös pro Fall zu erhöhen.

Der Leistungserbringer selber wird damit zur steuernden Instanz, was wiederum seit Einführung der G-DRG zu einer deutlichen Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauern geführt hat (f&w 2008, S. 618 ff; f&w 2009, S. 584). Zudem wurden und werden Krankenhausleistungen in den ambulanten Bereich verlagert (Roeder et al., 2014, S. 11). Diese Mechanismen waren von Anfang an und sind auch heute noch eines der zentralen Ziele des Gesetzgebers, die er mit einem solchen System verfolgt.

Durch die Systematik der G-DRG, insbesondere die der Grenzverweildauern, findet sich in diesem System ein eindeutiger Anreiz für den Leistungserbringer seine Strukturen dahingehend auszurichten, dass die Behandlungsdauer zunehmend verkürzt wird (f&w 2008, S. 618 ff; f&w 2009, S. 584; Rau 2014, S. 13; Baum und Jaeger 2014, S. 16). Dies kann dem Leistungserbringer helfen, sich weitergehend wirtschaftlich orientiert auszurichten und zu positionieren. Es kann jedoch auch zu negativen Folgen kommen, die in der Literatur ausführlich diskutiert wurden und u.a. zu Modifikationen im G-DRG-System führten. Es folgten in unterschiedlichem Maße Anpassungsprozesse bei den Leistungserbringern. Folgen waren u.a. der Abbau vorhandener Betten, die zunehmende Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus und schließlich eine Erhöhung der Transparenz über die Leistungsstrukturen (Rau 2007, S. 379; f&w 2009, S. 584; Rau 2014, S. 13; Baum und Jaeger 2014, S. 16). Zudem wurden und werden zunehmend Leistungsanteile vom vollstationären in den teilstationären und ambulanten Bereich

**Abbildung 5.5**

Tagespflegesätze vs. G-DRG. Das obere Diagramm stellt die Systematik aus der BPfIV dar. Die Krankenhäuser verhandelten einen Pflegesatz (Basis- und Abteilungspflegesatz) mit den Kostenträgern, der dann an jedem Tag der Behandlung, hier beispielhaft 30 Tage, gezahlt wurde.

Im unteren Diagramm die vereinfachte Darstellung einer typischen Fallpauschale im G-DRG-System. Innerhalb der Behandlungstage 4 bis 20 wird die gesamte Pauschale gezahlt, wenn während dieser Zeit entlassen wird. Die Pauschale verringert (Abschläge) sich, wenn vor dem 4. Behandlungstag und erhöht sich (Zuschläge), wenn nach dem 20. Behandlungstag entlassen wird. (Quelle: eigene Darstellung)

Psych-PV

Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) trat 1990 in Kraft und definiert Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie. Hierbei waren und sind auch aktuell noch alle stationären Einrichtungen der Erwachsenen- und Kinder-Jugendpsychiatrie sowie der Psychosomatik eingeschlossen. In der Verordnung finden sich Bemessungsgrundlagen, um anhand von Zeitaufwänden den Personalbedarf für das ärztliche, pflegerische und sonstige therapeutische Personal in der Psychiatrie zu ermitteln. Hierbei gibt es verschiedene Behandlungsarten, denen entsprechend der Personalgruppe ein Minutenaufwand als Pflege- und Betreuungszeit bezogen auf eine Woche zugerechnet werden.

A	Allgemeine Psychiatrie	S	Abhängigkeitskranke	G	Gerontopsychiatrie
A1	Regelbehandlung	S1	Regelbehandlung	G1	Regelbehandlung
A2	Intensivbehandlung	S2	Intensivbehandlung	G2	Intensivbehandlung
A3	Rehabilitative Behandlung	S3	Rehabilitative Behandlung einschließlich sog. Entwöhnung	G3	Rehabilitative Behandlung
A4	Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	S4	Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	G4	Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
A5	Psychotherapie	S5	Psychotherapie	G5	Psychotherapie
A6	Tagesklinische Behandlung	S6	Tagesklinische Behandlung	G6	Tagesklinische Behandlung

Abbildung 5.6

Behandlungsarten der Psych-PV. Die Psych-PV teilte nach Allgemeiner Psychiatrie (A), Abhängigkeitserkrankungen (S) und Alterspsychiatrie (G) ein. Jeweils gab es unterschiedliche Behandlungsformen, deren Intensität den Zeitaufwand beschrieb. (Quelle: entnommen der Psych-PV S. 3)

Behandlungsbereiche	Ärzte	Krankenpflegepersonal	Diplom-Psychologen	Ergotherapeuten	Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
A1	207	578	29	122	28	76
A2	257	1.118	12	117	29	74
A3	82	376	110	197	29	79
A4	132	734	57	113	27	59
A5	154	198	107	103	31	14
A6	114	51	83	176	17	67
S1	226	557	43	72	35	109
S2	256	1.142	55	51	34	153
S3	82	242	110	156	46	175
S4	106	683	80	112	38	77
S5	131	199	100	101	31	48
S6	115	40	81	154	16	101
G1	183	992	26	102	35	75
G2	211	1.221	0	78	40	51
G3	84	518	66	85	42	79
G4	100	909	43	72	44	42

Abbildung 5.7

Für die Personalbemessung sind entsprechend der Behandlungsart pro Patient und Woche die oben dargestellten Minutenwerte zur Kalkulation des Personalbedarfes heranzuziehen. (Quelle: entnommen der Psych-PV S. 3 und 4)

Diese Kalkulationssystematik, den Personalbedarf einer stationären Institution zu berechnen, gilt noch bis 2017 für alle stationär-psychiatrischen Leistungserbringer. Ziel ist es, diese Systematik durch die Einführung des neuen Entgeltsystems abzulösen.

Bedeutung hat diese Systematik zudem, da einige Elemente, u.a. die Bezeichnungen der Behandlungsarten, auch im neuen Entgeltsystem aufgenommen wurden, dort jedoch teils einen veränderten Stellenwert bekommen.

5.1.4. Zusammenfassende Bewertung

Am Anfang dieses Kapitels wurde der ordnungspolitische Rahmen, in dem das Zusammenwirken des Bundes und der Länder erfolgt, zu dem jedoch auch die Kommunikation mit und zwischen den Selbstverwaltungsorganen der Leistungserbringer und Kostenträger gehört, dargestellt. Deutlich wurden noch einmal die äußerst komplexen Strukturen im deutschen Gesundheitswesen. Es besteht wie in den meisten anderen Ländern zwar ein eigener Markt für diese Leistungen. Innerhalb dieses Marktes gibt es jedoch teils sehr enge Regeln, die wiederum viele unterschiedliche Anreizwirkungen mit sich bringen. Trotz enger Regelungen wird gerade innerhalb eines solchen Marktes ein Bestreben des Einzelnen nach wettbewerblichem Handeln und einem daran angepassten Umgang mit den vorhandenen Konkurrenten am Markt deutlich. Dies führt unter der Vorstellung, dass Informationsasymmetrien nie vollständig beseitigt werden können, konsequenterweise auch zu einem gewissen Anteil an opportunistischem und rücksichtslosem Verhalten am Markt. Wettbewerb erfolgt bei Festpreisen nicht mehr über den Preis der einzelnen Leistung an sich, sondern wird auf die Qualität der Leistungen verlagert. Bislang gibt es für Leistungserbringer jedoch kaum wirksame Anreizmechanismen durch ein Entgeltsystem gesteuert, maximale Behandlungsqualität anzustreben. Es besteht also nicht in dem Sinne Preisdruck, wie aus einer marktwirtschaftlichen Perspektive bekannt. Vielmehr wird dieser Druck auf Leistungserbringer und Kostenträger dahingehend verlagert, dass Verhandlungsdruck besteht. Dabei besteht jedoch nicht die Möglichkeit, Preise für Leistungen zu verhandeln, sondern es geht um gesamte Budgets.

Bemerkenswert ist im deutschen Gesundheitswesen und damit innerhalb dieses Marktes, dass auf Bundesebene sich seit einigen Jahren eine weitere, zunächst theoretisch neutrale, Instanz entwickelt hat. Hierbei handelt es sich um den G-BA, der mittlerweile durch seine Handlungsaufträge, z.B. die Bewertung von Wirtschaftlichkeitszusammenhängen bei Medikamenten und damit deren Zulassung, einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die Beteiligten im Gesundheitsmarkt ausüben kann.

Diese Beziehungsstrukturen und Zusammenhänge auf einer übergeordneten ordnungspolitischen Ebene machen deutlich, wie komplex und eng reglementiert

dieses System ist. Es bestehen nur wenige Freiheitsgrade für die einzelnen Beteiligten sich mit ihren Leistungen zu positionieren, was ebenso erklärt, dass Teilnehmer sich u.a. im Sinne einer Überlebensstrategie am Markt durch ein bestimmtes Verhalten, wie z.B. Opportunismus, positionieren.

In den vergangenen vier Dekaden und besonders im Rahmen der zurückliegenden Gesundheitsreformen erfolgten umfangreiche Veränderungen in der Vergütungssystematik und im Gesundheitswesen insgesamt. Es entwickelte sich zunehmend eine gesetzgeberisch und eher zentralistisch ausgerichtete Systematik mit einer prospektiven Entgeltverteilung. In einem solchen System, wie der G-DRG und zukünftig auch den PEPP-Entgelten in der Psychiatrie, wird der Kostendruck an die Leistungserbringer weitergegeben. Dies führt in einem gewissen Rahmen zu sinnvollen Veränderungen, wie einer Einsparung von stationären Kapazitäten, einem Bettenabbau, einer Systematisierung von Leistungen und ähnlichem. Allerdings bleiben die Konsumenten weitgehend in diesem Prozess unbeteiligt. Es fehlen noch deutliche Anreize den ambulanten und stationären Bereich mehr zu verzahnen.

Die im deutschen Gesundheitswesen vorhandene gesetzlich geregelte Pflichtversicherung der Bürger, das damit verbundene Solidarprinzip auf der einen Seite, die duale Finanzierung der Krankenhäuser auf der anderen Seite und auch die in den vergangenen Gesetzen vorgegebenen Ziele (u.a. Beitragsstabilität, Pflichtversorgung, Versorgungsqualität) haben zu einer zunehmenden Regulierung im Gesundheitsmarkt geführt. Marktwirtschaftliche Mechanismen werden dabei weitestgehend unterdrückt und eine aus einer solchen Perspektive bekannte Ausrichtung der ökonomischen Entscheidungen an den Bedürfnissen der Konsumenten kommt nicht zum Tragen (Frese et al., 2004, S. 738).

5.2. Aktuelle Entwicklungen zur Vergütungssystematik stationär-psychiatrischer Leistungen

Die Vergütung stationär-psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen erfolgte bisher nach der BPfIV. Bei jährlichen Budgetverhandlungen zwischen Leistungserbringern und den Kostenträgern wurde das Erlösbudget für die jeweilige nächste Periode festgelegt und daran bemessen die zugehörigen krankenhausesindividuellen Pflegesätze entsprechend der BPfIV sowie einige andere Sondervergütungen festgelegt (Rau 2012, S. 686).

Nach Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) wurde seit 1991 der notwendige Personalschlüssel für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser sowie entsprechender Fachabteilungen an somatischen Krankenhäusern bemessen. Dies bildete die Grundlage zu den weiteren Budgetverhandlungen. Die Psych-PV galt bis 31.12.2016 (Hänsch und Wolff-Menzler 2014; S. 437).

Der Gesetzgeber hat im Jahr 2009 mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen aufgefordert, ein neues Entgeltsystem für stationär psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zu entwickeln (Rössing 2009, S. 64). Damit wurden der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenkassen, als die Vertreter der Kostenträger und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, als Vertreter der Leistungserbringer, aufgefordert ein neues Vergütungssystem zu entwickeln. Die gesetzlichen Grundlagen finden sich im angepassten § 17d des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG).

Diese gesetzlichen Vorgaben gehen u.a. auf eine Initiative eines Arbeitspapiers mehrerer Arbeitsgemeinschaften und Fachgesellschaften aus dem Jahr 2007 zurück (Beine 2007, S. 4 ff; Kruckenberg et al., 2009, S. 1 ff).

Im § 17d KHG wurden 2009 die folgenden konkreten Ziele, die mit dem neuen Entgeltsystem erreicht werden sollen, formuliert.

- So ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen.
 - Hierbei soll geprüft werden, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können.
 - Ferner ist zu prüfen, inwieweit im Krankenhaus ambulant erbrachte Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 118 SGB V einbezogen werden können.
 - Das Entgeltsystem soll den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abbilden.
 - Der diesbezügliche Differenzierungsgrad soll praktikabel sein.
 - Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte zu definieren.
 - Die Definition der Entgelte und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen.
 - Mit den Entgelten werden die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet.
 - Zur Ergänzung der Entgelte können die Vertragsparteien in eng begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte und deren Höhe vereinbaren.
- (Bundesgesetzblatt 533, S. 535)

Es sind außerdem jährliche Weiterentwicklungen und Anpassungen, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen wie auch Abrechnungsbestimmungen vorgesehen. Zudem wurde während der ersten Umsetzungs- und Entwicklungsjahre noch die Psych-PV berücksichtigt (Fritze 2009, S. 485 ff).

Parallel zur Entwicklung dieses neuen Entgeltsystems soll auf Bundesebene durch die Vertragsparteien eine Begleitforschung erfolgen, die die Auswirkungen, insbesondere zu Veränderungen der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, beurteilen soll.

5.2.1. Die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP)

Es folgte 2010 ein sog. Psych-Pretest, an dem einige Kliniken teilnahmen und durch den erste Schwierigkeiten im Entwicklungsprozess mit Diskussionsbedarf deutlich wurden (Belling 2010, S. 31-32; Belling 2011, S. 62 ff; Garg 2010, S. 15; Meißner 2010, S. A426; Benemann 2011, S. 9; Heumann und Heiser 2012, S. 650; Belling 2012, S. 531; Kunze et al., 2013, S. 61; Godemann und Wolff-Menzler 2013, S. 63; Häring et al., 2013, S. 34). Der erste Entgeltkatalog mit Bewertungsrelationen, Verweildauergrenzen und den weiteren notwendigen Regelwerken (Definitionshandbuch und Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik - DKR-Psych – abrufbar auf den Internetseiten des InEK) wurde 2012 für das Jahr 2013 vorgelegt.

In der Folge stimmten die Kostenträger der Vereinbarung zum vorgelegten Katalog zu, während die Deutsche Krankenhausgesellschaft, als Partner der Leistungserbringer, diese ablehnte (DKG 2012). Es folgte damit die Unterzeichnung einer Ersatzvornahme durch den Bundesgesundheitsminister (BMG 2012).

Schon das 2007 verfasste Arbeitspapier der an der Versorgung psychiatrisch Erkrankter beteiligten Fachgesellschaften verwies auf absehbare Schwierigkeiten, psychiatrische Leistungen in einem dem G-DRG-System ähnlichen Prozess ökonomisch klassifizieren zu wollen. Zwar wurde in diesem Papier eingeräumt, dass es denkbar wäre, in Zukunft Teile der Versorgung pauschalierend erfolgen zu lassen. Dennoch wurden die Pläne des Gesetzgebers grundsätzlich und mit dem Hinweis auf eine drohende Verschlechterung der Versorgungsqualität zunächst kritisch kommentiert (Beine 2007, S. 6). Einige der Verbände begrüßten nach Veröffentlichung des ersten Referentenentwurfs zum KHRG und der Umsetzung in den § 17d KHG diese Entwicklungen jedoch auch.

Mit dem PsychEntgG wurden weitere Änderungen für diesen Entwicklungsprozess konkretisiert. So begann ab 2013 die zunächst auf vier Jahre geplante Einführungsphase, die sogenannte budgetneutrale Phase. Diese wurde im Jahr 2014 um zwei weitere Jahre und mit dem PsychVVG erneut um ein Jahr verlängert. Während dieser (Options-)Phase kann auf freiwilliger Basis nach der neuen Systematik abgerechnet werden. Verpflichtend ist diese dann ab 2018 zu nutzen.

Hierbei gilt dann noch bis einschließlich 2019 eine Budgetneutralität (Belling 2016, S. 838). Ab 2020 wird das PEPP-Entgeltsystem dann ökonomisch wirksam und für 2020 muss der G-BA auch verbindlich zu erfüllende Personalvorgaben definiert haben (Siehe Abbildung 5.8. unten – Klever-Deichert et al., 2016, S. 756). Eine Konvergenzphase, wie zunächst geplant, bei der die krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte schrittweise an den jeweiligen Landesbasisentgeltwert angeglichen werden sollten (Hänsch und Wolf-Menzler 2014, S. 437), entfällt also.

Damit liegen bis jetzt insgesamt fünf Kataloge mit Entgelten für voll- und teilstationäre Leistungen und Zusatzentgelte vor.

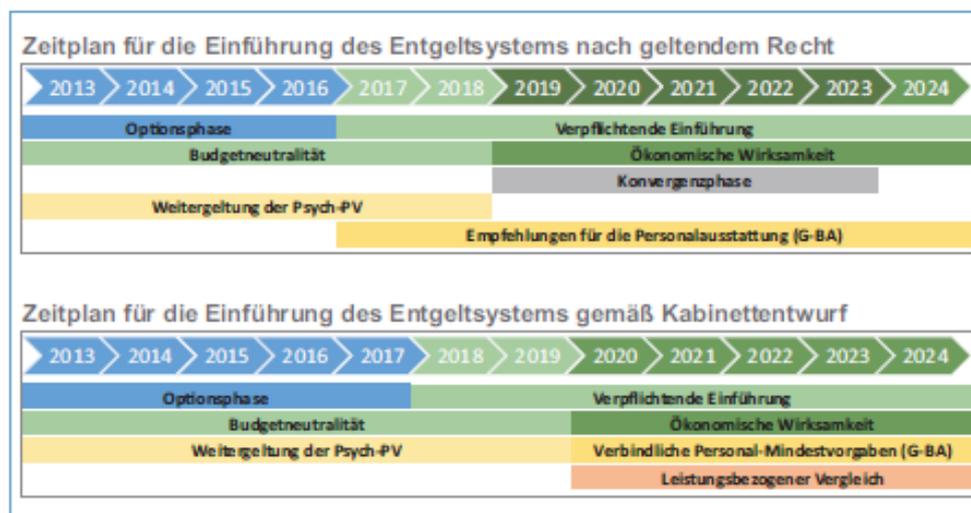


Abbildung 5.8

Zeitplan zur weiteren Einführung und Umsetzung des PEPP-Entgeltsystems mit budgetneutraler Übergangsphase (2013 bis 2019) und den sich dann anschließenden Entwicklungsschritten ab 2020 bis 2024 (Quelle: Abbildung entnommen aus Klever-Deichert et al., 2016, S. 756).

5.2.2. Merkmale im bisherigen Entwicklungsprozess der PEPP-Entgelte

Das InEK als durch den Gesetzgeber beauftragtes Institut schlug von Beginn an einen der G-DRG-Systematik ähnelnden Weg ein. Dieser unterscheidet sich jedoch dahingehend, dass es für psychiatrisch-psychosomatische Leistungen international kein vergleichbares Vergütungssystem gab, welches lediglich hätte an die deutschen Bedürfnisse adaptiert werden müssen, wie es bei der Einführung der G-DRG der Fall gewesen ist.

Die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken sowie die entsprechenden Fachabteilungen an somatischen Krankenhäusern haben seit 2010 die Aufgabe ihre erbrachten Leistungen zu erfassen und zu dokumentieren. Wie bei den G-DRG gibt es sog. Kalkulationskrankenhäuser, die sich „aktiver“, also umfangreicher als bisher, an der Entwicklung des neuen Systems beteiligen. Sie haben sich bspw. dazu verpflichtet, zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems die anfallenden Kostendaten für die erbrachten Leistungen zu sammeln und an das InEK zu übermitteln. Hierfür gibt es ein für die Psychiatrie separates Kalkulationshandbuch. Die Kliniken müssen sämtliche anfallenden Kosten den einzelnen Behandlungstagen eines Behandlungsfalles zuordnen. Es handelt sich um einen Vollkostenansatz auf Basis der Istkosten, sodass die Kliniken für die jeweilige Abteilung genau analysieren müssen, welcher Kostenanteil in die Kalkulation einbezogen wird und welcher nicht. Der Bezugszeitraum der Kalkulation umfasst ein Kalenderjahr. In der Kostenrechnung werden Einzel- und Gemeinkosten unterschieden (InEK 2010, S. 2 ff).

Bislang gibt es fünf PEPP-Entgeltkataloge (2013 bis 2017) mit denen pauschalierende Entgelte definiert sind. Die ersten Kalkulationen haben einige Schwierigkeiten in diesem Entwicklungsprozess deutlich werden lassen. So wurde ab dem Entgeltkatalog 2015 die Systematik dahingehend verändert, dass die bisher vorhandenen sog. Vergütungsstufen weggefallen sind. Nun nimmt über eine gewisse Aufenthaltsdauer hinweg die Bewertungsrelation pro Tag degressiv ab, wobei die bei Entlassung geltende Bewertungsrelation dann für den gesamten Aufenthalt als Tagesentgeltwert gilt. Diese Veränderungen werden weiter hinten in diesem Kapitel

und im Rahmen des in dieser Arbeit entwickelten Veränderungsvorschlages ausführlich dargestellt.

5.2.3. Klassifikatorische Merkmale im PEPP-Entgeltsystem

Der psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungsprozess ist durch einen hohen Personalaufwand gekennzeichnet, bei dem durch die Strukturen der Behandlung die einzelnen Kostenanteile dem Behandlungsfall lediglich begrenzt bzw. meist nur mit einem hohen administrativen Aufwand zugerechnet werden können. Durch den Tagesbezug im PEPP-Entgeltsystem wird jedoch eine weitgehende Einzelfallkostenrechnung benötigt. Schon bei den G-DRG wurde in diesem Rahmen von einer sog. Residualgröße gesprochen. Hierbei handelt es sich um Kosten, die nicht durch eine diagnostische oder therapeutische Intervention dem einzelnen Fall konkret zugerechnet werden können bzw. bei denen der notwendige Differenzierungsaufwand unverhältnismäßig hoch wäre. Nur ein geringer Teil der diagnostischen Interventionen (bspw. EEG, MRT, neuropsychologische Testungen) und therapeutischen Kernleistungen (bspw. Einzel- und Gruppentherapien) in der Psychiatrie sind mit den zugehörigen Einzelfallkosten eindeutig definierbar und dem einzelnen Fall sowie Behandlungstag zuzuweisen. Ein Großteil der Leistungen in der Psychiatrie können dem einzelnen Fall nicht oder nur sehr umständlich zugeordnet werden, da es sich um Leistungen handelt, die z.B. nur kurz erfolgen oder mehrere Behandlungsfälle (wie Gruppentherapien) gleichzeitig betreffen. Beispielhaft wäre ein Patient zu nennen, der innerhalb eines Zeitintervalles kurze Kontakte (bis max. 5 Minuten Dauer) durch das jeweilige Behandlungsteam einfordert, was jedoch in der Folge eine genaue Leistungsmessung, Kostendokumentation und dann Berechnung für diesen Fall aufwändig werden ließe.

So gingen erste Schätzungen während der ersten Entwicklungsjahre von einer Residualgröße in der Psychiatrie um 65-70% der Kosten aus (Belling 2011, S. 62). Eigene Daten aus der Psychiatrischen Klinik Lüneburg wiesen einen deutlich höheren Wert um ca. 80% aus (Krause und Hartmann 2012).

Um dieser Problematik gerecht zu werden, müssen von den Kliniken und Fachabteilungen seit Beginn der PEPP-Entgeltentwicklung bestimmte Dokumentationsinstrumente angewendet werden.

Nach Psych-PV, die bisher den Personalbedarf definierte, mussten die Kliniken noch bis 2016 eine Eingruppierung der Behandlungsfälle vornehmen. Gleichzeitig wurde eine neu definierte Erhebung, die an die Kodierungsnomenklatur der Psych-PV erinnert, eingeführt. Weitere Informationen finden sich im Kapitel 9 des Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS 2016, S. 523ff). In der Tabelle 5.1. sind gekürzt und beispielhaft die Kategorien für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie dargestellt. Für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie/-psychosomatik gibt es entsprechend angepasste Kategorien im OPS.

Im Rahmen der stationären Phase und der jeweiligen Behandlungsart müssen die geleisteten Einzel- und Gruppenbehandlungen dokumentiert werden. Hierbei wird Bezug auf die Therapiedauer und Berufsgruppenzugehörigkeit (ärztlich/psychologischer und pflegerischer/spezialtherapeutischer Dienst) genommen. In Abhängigkeit der Therapiedauer werden sog. Therapieeinheiten (TE) kodiert. Hierbei ergeben 25 Minuten einer Einzeltherapie eine sog. Therapieeinheit. In Abhängigkeit der Gruppengröße werden die Therapieeinheiten anteilig den teilnehmenden Patienten zugeordnet (Tabelle 5.2.). Bei einem Unter- oder Überschreiten der Gruppengröße können keine Codes verschlüsselt werden, sodass diese Leistungen dann nicht in die Kalkulation eingehen.

Grundlegendes		
Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung: Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut oder Diplom-Psychologe) Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten) Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)		
Regelbehandlung	Merkmale	OPS-Kode
A1 - Allgemeinpsychiatrie S1 - Suchtbehandlung G1 - gerontopsychiatrischer Bereich	Nicht als Intensivbehandlung eingestuft und kein tagesklinischer Fall	9-604/9-605
Intensivbehandlung		
A2 - Allgemeinpsychiatrie	Anwendung von besonderen Sicherungsmaßnahmen	1-2 Merkmale - 9-614
S2 - Suchtbehandlung	Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstbeschädigendes Verhalten	3-4 Merkmale - 9-615
G2 - gerontopsychiatrischer Bereich	Akute Fremdgefährdung Schwere Antriebsstörung (gesteigert oder reduziert) Keine eigenständige Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkennerung Entzugsbehandlung mit vitaler Gefährdung	mehr als 5 Merkmale - 9-616
Die Anzahl der Merkmale werden addiert und ergeben dann den in der rechten Spalte bezeichneten Kode.		

Tabelle 5.1

Einstufungssystematik der sog. Pseudo-OPS. In der linken Spalte sind die Bezeichnungen entsprechend der Psych-PV mit A-, S- und G- aufgeführt, die der sog. Regel- und Intensivbehandlung im Allgemein-, Sucht- und Gerontopsychiatriebereich entsprechen.

Vergleichend hierzu finden sich im oberen Bereich die grundlegenden Voraussetzungen und in der Mitte die Beschreibung der notwendigen Merkmale entsprechend des OPS. Daraus resultieren dann die Verschlüsselungen in der rechten Spalte, wie bspw. 9-615. Diese Codes müssen vom Krankenhaus pro Fall und Tag dokumentiert und übermittelt werden. (Quelle: eigene Darstellung)

Therapiedauer	Einzeltherapie	Gruppen- therapie bis 6 Patienten	Gruppen- therapie 7 bis 12 Patienten	Gruppen- therapie 13 bis 18 Patienten
Mind. 25 min	1 TE	1/4 TE	1/8 TE	1/12 TE
Mind. 50 min	2 TE	1/2 TE	1/4 TE	1/6 TE
Mind. 75 min	3 TE	3/4 TE	3/8 TE	1/4 TE
u. s. w.				

Tabelle 5.2

Abstufung der Therapieeinheiten (TE) im OPS in Abhängigkeit der Gruppengröße. (Quelle: entnommen aus dem OPS 2012, S. 485)

Wie im G-DRG-System müssen mit jedem Behandlungsfall die sog. Haupt- und die relevanten Nebendiagnosen erfasst werden. Definitionen hierfür finden sich in den Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych 2015, S. 3ff).

Wie im Kapitel 3 dargestellt, ist zu Beginn einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, insbesondere wenn es sich um eine akute Einweisung und Behandlung eines psychiatrischen Patienten handelt, der dann notwendige Ressourcenverbrauch noch nicht absehbar. Gleichzeitig besteht die Problematik, wie weiter oben im Rahmen der Residualgröße beschrieben, dass ein Teil der Behandlungsmaßnahmen (bspw. eine längere intensive Betreuung mehrerer Patienten) nicht oder nur sehr aufwändig dem einzelnen Fall zugerechnet werden kann.

Um diesem Umstand zu begegnen, wurden weitere Merkmale zur Dokumentation im PEPP-Entgeltsystem definiert. Hierzu gehören u.a. die Kodiervorgaben im Rahmen einer sog. Krisenintervention, eines erhöhten Betreuungsaufwandes, einer integrierten klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung,

die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting), die Erfassung der sog. Betreuungsintensität und Regeln zur vorläufigen gerichtlichen Unterbringung für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie (OPS 2017, S. 548 ff). Dabei handelt es sich immer um Zusatzcodes, die ergänzend zu den Therapieeinheiten und im Rahmen einer Regel- oder Intensivbehandlung auch alleine angegeben werden können bzw. müssen.

Mit dem PEPP-Entgeltkatalog 2015 wurden sog. ergänzende tagesbezogene Entgelte eingeführt. Hierbei handelt es sich um eine Folge der bisherigen Weiterentwicklung des gesamten Kataloges. So wie die bisherige Struktur mit Vergütungsstufen aufgegeben wurde, so führen nun einige der oben erwähnten besonderen Behandlungs- und Überwachungsmaßnahmen in ein eigenes tagesbezogenes Entgelt (f&w 2015, S. 14 ff; InEK 2014, S. 5 ff).

Für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie findet sich im OPS-Katalog ebenfalls ein eigener Bereich für diese besonderen Behandlungssettings.

5.2.4. Fallzusammenführung und Verlegungen

Wird ein Behandlungsfall entlassen und innerhalb von 21 Tagen (ab dem Tag der Entlassung) wieder aufgenommen, müssen diese beiden Behandlungszeiträume zusammengeführt werden. Dies bedeutet, dass die Hauptdiagnose des längeren Behandlungszeitraumes für den zusammengeführten Fall gilt und folglich der Gesamtfall dann neu gruppiert werden muss (Abbildung 5.9.).

Diese Regelung findet so lange Anwendung, bis insgesamt 120 Tage ab dem ersten Tag der ersten Aufnahme vergangen sind. Dann wird bei den „wiederkehrenden“ Patienten von neuem gezählt. Zum Jahreswechsel (31.12./01.01.) nicht entlassene Behandlungsfälle werden ab Neujahr ebenfalls als „neu aufgenommen“ gezählt bzw. am 31.12. formal entlassen. Es wird hierbei jedoch keine Entlassung im klassischen Sinne vorgenommen.

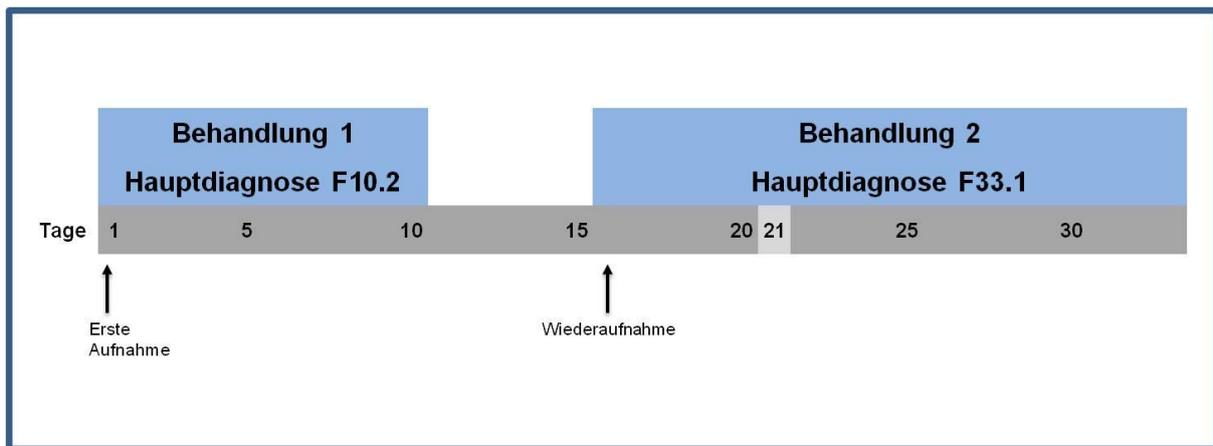


Abbildung 5.9

Systematik der Fallzusammenführung. Wird ein Behandlungsfall innerhalb von 21 Tagen nach Beginn der ersten Behandlung erneut in die Klinik aufgenommen, dann müssen beide Behandlungen zusammengeführt werden. Im Beispiel wurde ein Fall zunächst mit der Hauptdiagnose einer Alkoholabhängigkeit (F10.2) aufgenommen, dann entlassen und bei erneuten Beschwerden am 16. Tag nach erster Aufnahme wieder aufgenommen. Diesmal wird die Diagnose einer wiederkehrenden Depression (F33.1) gestellt, wobei die Systematik auch bei gleicher Hauptdiagnose gilt. Es müssen dann beide Behandlungszeiträume zu einem zusammengeführt werden. Zudem muss geklärt werden, welche der beiden bisherigen Diagnosen die dann geltende Hauptdiagnose ergibt. (Quelle: eigene Darstellung)

In der aktuell vorliegenden Version der Verordnung zum PEPP-Entgeltkatalog rechnen die psychiatrischen Krankenhäuser im Falle einer Verlegung in ein anderes psychiatrisches Krankenhaus pro Behandlungsfall (noch) separat die jeweilige Behandlung ab. Gleiches gilt bei einer Verlegung aus einem Krankenhaus, in dem der § 17 d KHG zur Anwendung kommt, in ein anderes, welches nach § 17 b KHG (nach dem G-DRG-System) abrechnet. Auch hier werden die Behandlungszeiten separat, also als zwei Fälle, abgerechnet. Lediglich bei einer Rückverlegung in das Krankenhaus, in dem der § 17 d KHG Anwendung findet, gelten die oben dargestellten Regelungen zur Wiederaufnahme bzw. Fallzusammenführung des Behandlungsfalles.

5.2.5. Elemente der PEPP-Entgelte

Auch in der Psychiatrie beginnt der Gruppierungsalgorithmus mit der Überprüfung sog. demografischer Merkmale, die letztlich eine Plausibilitätsprüfung darstellen. Es wird dann jede Behandlungsepisode (eines Behandlungsfalles) einer sog. Strukturkategorie (SK) zugeordnet. Hierbei wird nach Aufnahmegrund und Fachabteilung unterschieden, um den Fall in die entsprechende Basis-PEPP einzuordnen. Die hierarchische Anordnung innerhalb der SK ist in Abbildung 5.10. zu sehen.

Die Basis-PEPP (BPEPP) stellt die übergeordnete Gruppe dar, in die ein Fall eingeordnet wird. Die definitive Klassifikation in eine dem Fall entsprechende PEPP ergibt dann einen Buchstaben-Zahlen-Kode, der beispielhaft in der Abbildung 6.4. dargestellt ist.

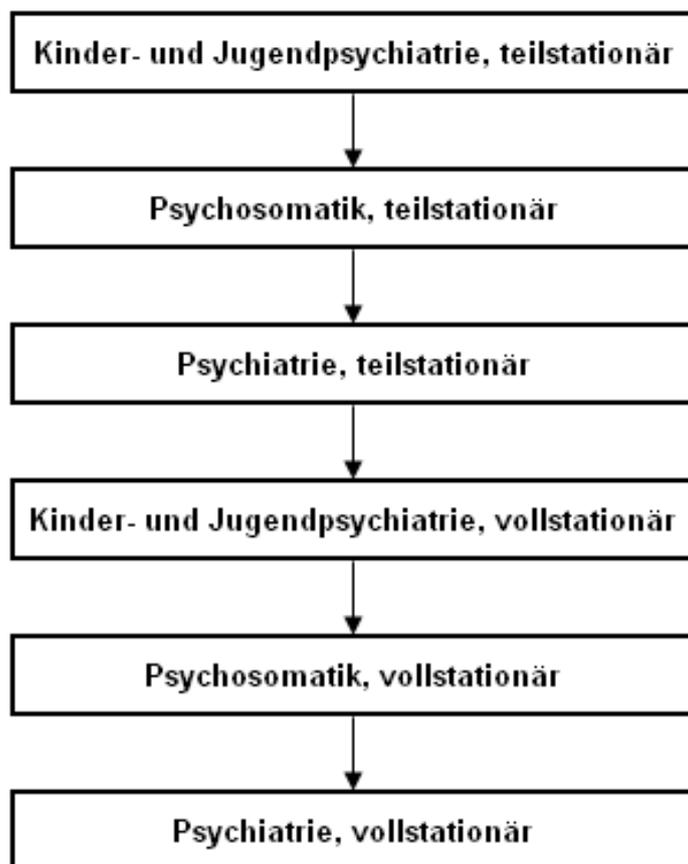


Abbildung 5.10

Hierarchie der Prä-Strukturkategorien. Es wird vom System zunächst geprüft, ob eine teilstationäre Behandlung vorliegt, die dann in Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Erwachsenenpsychiatrie eingeordnet wird. Nach ähnlicher Systematik wird danach für den vollstationären Bereich aufgeteilt. (Quelle: PEPP-Definitionsbandbuch 2016, S. 7)

BPEPP PA01	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
HD Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (PA01-1)	
PEPP PA01A	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, mit komplizierender Konstellation
HD Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (PA01-1)	Funktion mäßig erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung und Kriseninterventionelle Behandlung
	Funktion Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit hohem Anteil
	HD Tief greifende Entwicklungsstörung oder Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung (PA01-2)
	HD Mittelgradige Intelligenzminderung (PA01-3)
	HD Schwere u schwerste Intelligenzminderung (PA01-4)
	HD Dissoziierte Intelligenzminderung (PA01-5)
	ND Hochgradige Sehbehinderung (PA01-6)

Abbildung 5.11

Merkmale eines PEPP-Entgeltes. Links oben schwarz hinterlegt ist der Code für die Basis-PEPP zu sehen (hier die PA01). Diese setzt sich wie folgt zusammen: P = vollstationär; A = Allgemeinpsychiatrie; 01 = die Erkrankungsgruppe. PA01A (links Mitte; weiß hinterlegt) ist ein Beispiel für ein kodiertes PEPP-Entgelt, bei der der letzte Buchstabe die vorliegende Schweregraduierung des Falles verschlüsselt. In diesem Beispiel lagen entweder eine 1:1-Betreuung, eine Intensivbehandlung bei Erwachsenen mit mehr als 3 Merkmalen oder die wie oben definierte Hauptdiagnose (PA01-2) vor, damit hieraus das „A“ am Ende des Kodes resultiert. (Quelle: PEPP-Definitionsbandbuch 2016, S. 10)

Innerhalb der bisherigen Kataloge gibt es also zu jeder Basis-PEPP eine Schweregraduierung, die anhand eines rechts stehenden Buchstaben verschlüsselt wird. Hierbei beschreibt „A“ den höchsten Ressourcenverbrauch, der dann in „B“, „C“ usw. abgestuft wird und jeweils einen geringeren Verbrauch anzeigt. Diese Graduierung des Schweregrades eines Falles ergibt sich wiederum u.a. aus den Faktoren Hauptdiagnose, Nebendiagnose, Prozedur und Alter sowie weiteren Merkmalen.

Schließlich spielt im PEPP-Entgeltkatalog auch die Verweildauer (VWD) eines Behandlungsfalles eine wichtige Rolle. Bevor die vorhandene Systematik bzgl. der VWD näher beleuchtet wird, müssen einige Annahmen, die das InEK bezogen auf die Kostenentwicklung eines Falles bei der ersten Kalkulation formulierte, dargestellt werden.

So war man von Beginn an davon ausgegangen, dass die ersten Tage einer Behandlung in der Psychiatrie nach Aufnahme die meisten Kosten verursachen würden. Erste Analysen des InEK bestätigten diese Annahme auch. Es wurde also von einer degressiven Kostenentwicklung während der Behandlung eines Falles ausgegangen.

Orientiert an dieser degressiven Kostenentwicklung wurden jedem PEPP-Entgelt der ersten beiden Kataloge (2013 und 2014) sog. Vergütungsstufen zugewiesen, die durch Verweildauergrenzen getrennt waren. So gab es in Abhängigkeit des jeweiligen PEPP-Entgeltes zwei bis fünf Vergütungsstufen. Innerhalb jeder Stufe wurde der jeweilige Tag mit der gleichen Bewertungsrelation (BWR) bewertet. In der Abbildung 5.12. sind diese Stufen mit den dazu gehörigen BWR für die PEPP PA01A beispielhaft dargestellt.

Da sich diese anfänglich kalkulierte Kostenstruktur als nicht zu der Realität passend zeigte, wurde mit dem PEPP-Entgeltkatalog 2015 eine grundlegende Veränderung vorgenommen.

So findet sich im PEPP-Entgeltkatalog 2015 zwar weiterhin ein degressiver Verlauf der BWR bezogen auf die Verweildauer. Es gibt jedoch keine Vergütungsstufen mehr. Die für den jeweiligen Fall geltende BWR bemisst sich an der tatsächlichen Dauer der Behandlung. Über einen gewissen zeitlichen Rahmen weist jede PEPP pro Tag eine eigene BWR auf und hierbei findet sich der degressive Verlauf. Wird

der Fall bspw. am 10. Tag entlassen, dann werden alle 10 Behandlungstage mit der am 10. Tag geltenden BWR bemessen und daraus das Entgelt errechnet. Die Degression ist also dem eigentlichen Fall „vorgelagert“ und nicht mehr innerhalb eines Behandlungsfalles „spürbar“. Hierfür wurden in der Kalkulation so genannte Vergütungsklassen gebildet.

PEPP-Entgeltversion 2013-2014

PEPP	Bezeichnung	1. Vergütungsstufe			2. Vergütungsstufe			3. Vergütungsstufe			4. Vergütungsstufe			5. Vergütungsstufe		
		Verweildauer von	bis	Bewertungsrelation/Tag												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Strukturkategorie Psychiatrie, vollstationär																
PA01A	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, mit komplizierender Konstellation	1	8	1,4073	9	24	0,9987	25		0,9709						

PEPP-Entgeltversion ab 2015

PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage / Vergütungsklasse	Bewertungsrelation je Tag
1	2	3	4
Strukturkategorie Psychiatrie, vollstationär			
PA01A	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, mit komplizierender Konstellation	1	1,4308
		2	1,2935
		3	1,2618
		4	1,2305
		5	1,1991
		6	1,1678
		7	1,1364
		8	1,1051
		9	1,0737
		10	1,0424

Abbildung 5.12

Darstellung der Vergütungsstufen des PEPP-Entgeltes PA01A (Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, mit komplizierender Konstellation) mit den dazu gehörigen BWR und Verweildauergrenzen. In der oberen Tabelle wird die Systematik der Kataloge 2013 und 2014, bei denen noch Vergütungsstufen vorlagen, deutlich. Ab dem Katalog 2015 fielen die Vergütungsstufen weg. Die BWR der Tage weist nun einen degressiven Verlauf auf, sodass die am Entlassungstag geltende BWR die dann für den Fall tagesbezogene Wertigkeit ergibt. (Quelle: Anlage 1a PEPP-Entgeltkatalog 2013 S. 1 und der Anlage 1a PEPP-Entgeltkatalog 2015 S. 2)

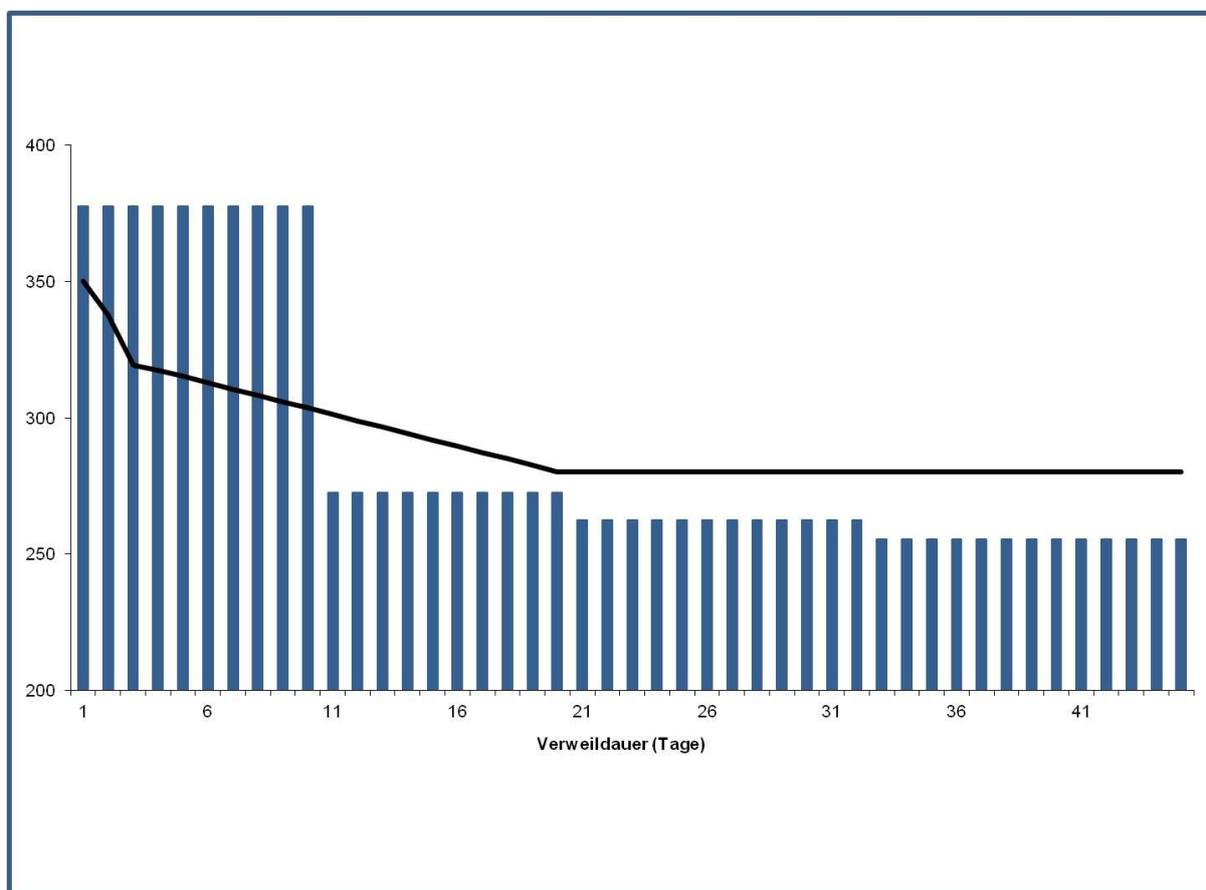


Abbildung 5.13

Bewertungsrelationen für das PEPP-Entgelt PA15A (Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation). Im Vergleich sind die BWR der Entgeltkataloge 2014 und 2015 dargestellt. Blaue Säulen ergeben die Systematik aus 2014 mit den vorhandenen Vergütungsstufen. Die schwarze Linie zeigt den BWR-Verlauf nach Vergütungsklassen ab dem Katalog 2015. Hierbei verbleibt die tagesbezogene BWR ab dem 20. Behandlungstag unverändert, sodass die waagerechte Linie resultiert. (Quelle: eigene Darstellung)

Mit dem PEPP-Entgeltkatalog 2015 wurden außerdem sog. ergänzende tagesbezogene Entgelte, die über Bewertungsrelationen vergütet werden, eingeführt. Das bedeutet, einem Fall kann entsprechend des vorhandenen Bedarfes pro Tag ein zusätzliches Entgelt zugerechnet werden. Diese tagesbezogenen Entgelte werden bspw. im Rahmen der sog. Intensivbehandlung ab 3 Merkmalen und für die sog. 1:1-Betreuung ab mehr als 6 Stunden fällig (InEK 2015, S. 5ff). Ein erhöhter Aufwand bedingt also in Zukunft auch ein „Mehr“ an Entgelt.

Zudem werden nun auch die Aufnahme- und Entlassungstage bewertet und in die Abrechnung einbezogen.

5.2.6. Kalkulation der Vergütung mittels PEPP-Entgelte

Zur Kalkulation der Vergütung wird in Zukunft die BWR der von der jeweiligen Klinik oder Abteilung kodierten PEPP benötigt. Diese wird mit der Anzahl der Pflage tage, an denen diese BWR galt, multipliziert. Damit resultiert ein tagesbezogener Punktwert. Dividiert man nun die summierten tagesbezogenen Punktwerte mit der Gesamtzahl der Pflage tage, resultiert ein tagesbezogener Index. Dies erinnert sehr an die Case-Mix-Systematik der G-DRG. Dort gibt es fallbezogene Punktwerte (Case Mix) und einen fallbezogenen Punktwertindex (Case Mix Index). Diese Systematik ist in der Abbildung 5.14. zusammengefasst.

Aus dem aufsummierten tagesbezogenen Punktwert kann dann der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert berechnet werden. Hierfür wird das aktuell geltende verhandelte Budget des Krankenhauses durch den aufsummierten tagesbezogenen Punktwert dividiert. Daraus resultiert ein Wert in Euro pro Tag (siehe Abbildung 5.15.).

$$\text{Tagesfall Mix} = \text{BWR}_i \times \text{Tagesfallzahl}_i$$

$$\text{Tagesfall Mix Index} = (\text{BWR}_n \times \text{Tagesfallzahl}_n) : \text{Tagesfallzahl}_{\text{ges}}$$

Abbildung 5.14

Tagesfall Mix und Tagesfall Mix Index. Zukünftig wird ein Tag eines PEPP-Entgeltes mit einer Bewertungsrelation (BWR_i) bemessen. Wird diese mit der Anzahl an Tagen, an denen das PEPP-Entgelt berechnet wurde, multipliziert, so ergibt sich der Tagesfall Mix (entspr. dem Case Mix der Systematik nach G-DRG). Werden alle Tagesfall Mix Werte multipliziert und dann mit der Gesamtzahl an Tagen dividiert, resultiert die durchschnittliche Bewertungsrelation pro Tag, also eine durchschnittliche Tagesfallschwere (entspr. dem Case Mix Index nach G-DRG). (Quelle: eigene Darstellung)

$$\frac{\text{Bisheriges Budget}}{\text{Tagesfall Mix}} = \text{Basisentgeltwert KH}$$

Abbildung 5.15

Basisentgeltwert pro Krankenhaus. Der Tagesfall Mix, also die Gesamtheit aller gewichteten Tage, dividiert durch das (bisherige) Budget des Krankenhauses ergibt den individuellen Basisentgeltwert. (Quelle: eigene Darstellung)

Für die Kalkulationssystematik sind auch Regelungen zu Mehr- und Mindererlösen vorgesehen. Dies sollte in den ersten Jahren insbesondere ein Anreiz sein, frühzeitig das neue Entgeltsystem anzuwenden. So waren Regelungen vorgesehen, bei denen ein Übersteigen der durch die PEPP-Entgelte ermittelten Erlöse zu einer anteiligen Rückzahlung dieser Mehrerlöse führte. Kodierbedingte Mehrerlöse hingegen wurden vollständig ausgezahlt. Mindererlöse wurden ähnlich mit einem prozentualen Anteil ausgeglichen.

Nachdem mit dem PsychVVG 2016 das Ziel einer Konvergenzphase hin zu einem Landesbasisentgeltwert ausgesetzt wurde, gelten in Zukunft individuell zwischen Leistungserbringer und Kostenträger zu verhandelnde Ausgleichregelungen (Belling 2016, S. 839; Klever-Deichert et al., 2016, S. 755).

5.3. Zusammenfassende Beurteilung des PEPP-Entgeltsystems

Mit dem PEPP-Entgeltsystem wurde auch für den psychiatrischen Fachbereich im deutschen Gesundheitswesen eine prospektive pauschalierende Vergütungssystematik eingeführt. Durch den Tagesbezug findet sich bei den PEPP-Entgelten eine Parallele zu den bisher vorhandenen tagesgleichen Pflegesätzen der BPfIV. Es hängt die Bewertung der einzelnen Tagessätze von der Verweildauer des Behandlungsfalles ab. Dabei weisen die PEPP-Entgelte eine Systematik auf, bei der die jeweilige Bewertungsrelation mit zunehmender Verweildauer abnimmt (degressiver Entgeltverlauf). Für jedes PEPP-Entgelt gibt es mit dem sog. Degressionsendpunkt eine definierte Verweildauergrenze, ab der die Bewertungsrelation dann nicht mehr sinkt, sondern gleich bleibt.

Wie bei allen prospektiven Vergütungssystemen findet sich auch bei den PEPP-Entgelten ein Anreiz zur Verkürzung der stationären Behandlungsphase, sodass die Verweildauer innerhalb des Systems neben der Bewertungsrelation eine regulative Instanz wird (Nebe 2015, S. 445). Mit den PEPP-Entgeltkatalogen 2013 und 2014, in denen die sog. Vergütungsstufen galten, schien dieser Anreiz etwas ausgeprägter zu sein als bei den neueren Katalogen. Ab 2015 wurden die sog. Vergütungsklassen eingeführt, bei denen nun der Entlassungstag die Höhe der für die Behandlungstage geltenden Bewertungsrelation eines Falles bestimmt (schwarze Balken in der Abbildung 5.16.). Zudem wurde damit die bisher vorhandene und merkbare Differenz in der Bewertung der Tage während der ersten Vergütungsstufe und den dann folgenden weiteren Vergütungsstufen abgemildert (Abbildung 5.16.). Solch hoch bewertete Tage am Anfang gaben einen klaren Anreiz die Behandlung innerhalb der ersten Vergütungsstufe zu beenden, um bei kurzer Verweildauer einen hohen Entgeltbetrag zu generieren. Dieser Anreiz scheint durch die Vergütungsklassen etwas abgemildert zu sein, ist jedoch grundsätzlich weiterhin vorhanden (Nebe 2015, S. 445). Unverändert vorhanden gibt es den sog. Degressionsendpunkt. Ab diesem Tag sinkt die Bewertungsrelation nicht mehr, sondern bleibt für alle weiteren Tage auf einem unveränderten Niveau.

Es findet sich also in den PEPP-Entgelten eine erste Leistungsorientierung, die einerseits durch den bisherigen Entwicklungsprozess der vorhandenen PEPP-Entgeltkataloge (2013 bis 2017) deutlich wird. Über die ersten Jahre gesehen nahm die Zahl der PEPP-Entgelte zu, es konnten jeweils mehr Datensätze behandelter Fälle vom InEK in der Kalkulation berücksichtigt werden und die Dokumentationsbausteine wurden insgesamt umfangreicher. Andererseits stellt auch die oben schon erwähnte Veränderung der Systematik ab dem Katalog 2015 mit den ergänzenden tagesbezogenen Entgelten eine Leistungsorientierung dar (Schwarz 2016, S. 61; Wagner und Wittland 2015, S. 729; Roths und Vaillant 2015, S. 31).

Es ist anzunehmen, dass das InEK auch in Zukunft von einer degressiven Kostenentwicklung über den Behandlungsverlauf eines Falles ausgeht und damit am Anfang des Behandlungsprozesses einen hohen Ressourcenverbrauch annimmt, der dann im Verlauf weniger wird. Leistungserbringer werden mit den PEPP-Entgelten auch in Zukunft mit Belegungs- und Berechnungstagen kalkulieren, die durch das System der Bewertungsrelationen nun jedoch eine tagesgewichtete Wertigkeit aufweisen. Daraus haben sich der sog. Tagesfall Mix (Day Mix) und der Tagesfall Mix Index (Day Mix Index) entwickelt, deren Ähnlichkeit an den Case Mix im G-DRG-System erinnert.

Eine Leistungsorientierung im Entgeltsystem bei denen die Fallschwere berücksichtigt wird, bietet den Anreiz, dass Leistungserbringer auch aufwändige Behandlungsfälle übernehmen. Ein fallselektierendes Verhalten der Leistungserbringer kann abgemildert werden. Allerdings kann dies ebenso zum einem veränderten Kodierverhalten führen.

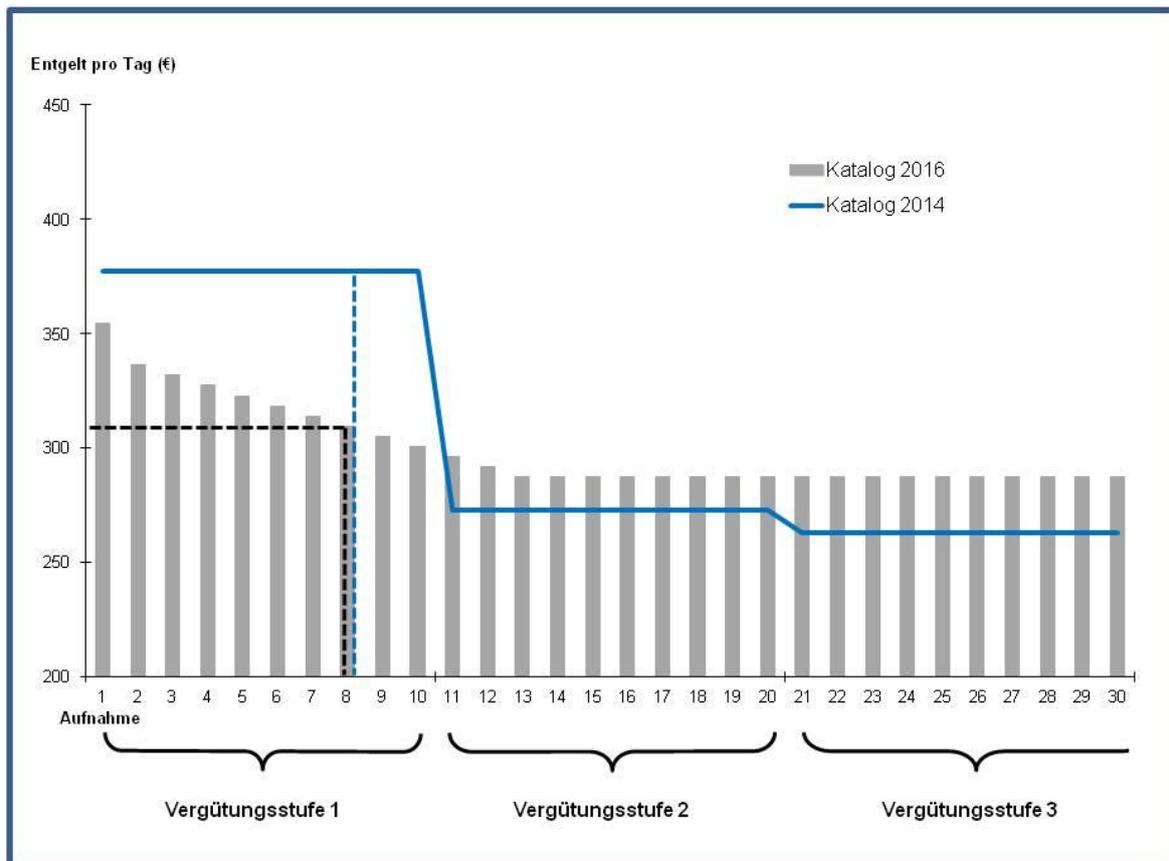


Abbildung 5.16

Entwicklung des tagesbezogenen Entgeltes entsprechend der BWR am Beispiel des PEPP-Entgeltes A15A (Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder mit hohem Anteil Intensivbehandlung oder mit erhöhter Therapieintensität) bei einem angenommenen Basisentgeltwert von 235,7 €. Mit den Entgeltkatalogen 2013 und 2014 ergab die erste Vergütungsstufe deutlich höher bewertete Tagesentgelte als die dann folgenden (dargestellt durch die blaue Linie). Ab dem Entgeltkatalog 2015 sind die Vergütungsstufen nicht mehr vorhanden. Jeder Behandlungstag wird abhängig von der Bewertung des Entlassungstages (graue Säulen) gleich bewertet. Bei einer Verweildauer von 9 Tagen ergibt sich ein Verlauf der Tagesentgelte entsprechend der schwarz gestrichelten Linie. Im Vergleich ist dazu exemplarisch der Verlauf nach alten Katalogen mit der blau gestrichelten Linie abgebildet. Es werden die Unterschiede der Entgelte während der ersten Behandlungstage deutlich. (Quelle: eigene Darstellung)

Die ersten fünf PEPP-Entgeltkataloge und damit einhergehenden Veränderungen zeigen die Komplexität des gesamten Systems auf. Es finden sich Unterschiede, jedoch auch Gemeinsamkeiten mit den G-DRG. Durch viele teils aufwändige Dokumentations- und Klassifikationsvorschriften (siehe Kapitel 5.2.3.), wie bspw. dem erhöhten Betreuungsaufwand, den komplexen Behandlungen in besonderen Settings und der Regel- und Intensivbehandlung ist der bürokratische Aufwand für die Leistungserbringer hoch (Raab 2015, S. 26). Allerdings erscheint dieser Aufwand auch dahingehend gerechtfertigt, da zu Beginn keine geeigneten Merkmale oder Kennzahlen und Klassifikationsinstrumente vorhanden waren, die die Kostenstrukturen und die damit verbundenen sog. Kostentrenner psychiatrischer Behandlungsfälle ausreichend gut differenzieren ließen. So war bspw. früh klar, dass allein die Einstufung nach der früheren Psych-PV oder nach ICD-Diagnosen nicht ausreicht, die Kosten der psychiatrischen Kliniken adäquat falltrennend zu erfassen. Dies hat sich während der ersten Jahre etwas verbessert (f&w 2015; S. 15).

Auch die Systematik der Fallzusammenführung bei Verlegung oder Wiederaufnahme eines Falles erinnert ebenso an die G-DRG und führt auch hier zu keiner Vereinfachung der Abrechnungsmodalitäten. Gleichzeitig nimmt das InEK Hinweise und Vorschläge der Beteiligten auf (Schwarz 2016, S. 63; Bühring 2016, S. 307). Die PEPP-Entgelte werden weiterentwickelt und es hat sich ein „lernendes System“ etabliert, da das Dokumentationsverhalten der Leistungserbringer der einen Entwicklungsepisode (ein Kalenderjahr) entgeltwirksam in die nächsten Entgeltkataloge einfließt. Auch dies ist von den G-DRG her bekannt (Lüngen und Lauterbach 2000, S. 855; Nüßle und Damian 2004, S. 779; Billing et al., 2012, S. 131). Ein während einer Abrechnungsperiode auf eine Erlösmaximierung fokussiertes Dokumentationsverhalten kann dadurch in weiteren Katalogen bereinigt werden und u.U. zu Veränderungen der PEPP-Entgelte führen, sodass der Ressourcenverbrauch im ungünstigsten Fall nicht mehr der Realität entspricht (InEK 2015, S. 3.). IST-Daten werden genutzt, um die Systematik der PEPP-Entgelte und die nächsten Kataloge zu erstellen.

Ein solcher Entwicklungsprozess war für viele der Beteiligten zunächst befremdlich und führte bzw. führt noch aktuell zu Protesten, jedoch ebenso zur aktiven Beteiligung mit Vorschlägen für zukünftige Regelungen (Godemann 2012, S. A2403; Kunze et al., 2013, S. B1194; Berger et al., 2015, S. B488 ff). Gleichzeitig wurde auf Arbeitsebene durch einige Leistungserbringer eine eigene Entgeltsystematik

entwickelt (Wolff-Menzler et al. 2015, S. 29; Godemann et al. 2015, S. 845 ff). Unter Federführung einiger Fachverbände erfolgte zudem die Entwicklung eines Alternativkonzeptes zu den PEPP-Entgelten, welches auch beim Bundesministerium eingereicht wurde (Hauth und Deister 2015, S. 822 ff; Berger et al., 2015, S. A574 ff). Die Proteste von Seiten der Leistungserbringer führten schließlich zu einer erneuten Gesetzesanpassung und damit zum PsychVVG (Bühning 2016, S. 307; Bühning 2016a, S. A302; Klever-Deichert et al., 2016, S. 753). Im Referentenentwurf für diese Neuregelungen wird an einer Fortführung der bundeseinheitlichen empirisch kalkulierten PEPP-Entgelte festgehalten, während die Konvergenzphase in ihrer bisherigen Form mit dem Ziel landeseinheitlicher Preise gestoppt wurde. Die Leistungserbringer erhalten damit die Möglichkeit, im Sinne eines Budgetsystems individuelle und institutionsbezogene Budgets sowie Preise zu verhandeln (Belling 2016, S. 836).

Dies bedeutet, dass zwar eine Abkehr vom angepeilten reinen Festpreissystem erfolgte. Preise auf regionaler Ebene und zwischen Leistungserbringer und Kostenträger verhandeln zu können, kann einen Anreiz hin zu mehr Wirtschaftlichkeit im Produktionsprozess bedeuten, kann jedoch ebenso dazu verleiten, die nicht bereinigbaren Unsicherheiten und Asymmetrien auszunutzen.

Der gesteigerte Dokumentationsaufwand und die von außen vorgeschriebene Komplexität kann jedoch auch dazu führen, dass das PEPP-Entgeltsystem eher Transaktionskosten verursacht, Informationsasymmetrien und opportunistische Verhaltensweisen fördert (Lehmann et al., 2015, S. 538 ff). Leistungserbringer und Kostenträger haben dennoch auch die Chance sich systemorientiert und aktiv zu beteiligen, da das System trotz komplexer Strukturen insgesamt transparenter wird (Krüger 2015, S. 1038).

Ein Leistungserbringer, der sich mit den Veränderungen auseinandersetzt, hat die Chance eine gute Ausgangsposition zu erreichen, um sich so am Markt der psychiatrischen Versorgung zu positionieren. Die PEPP-Entgelte können damit innerhalb der einzelnen Institution eine Bedeutung annehmen, die an den ursprünglichen Nutzen erinnert, für den die ersten Fallpauschalensysteme (DRG) in den 1970er Jahren entwickelt wurden. Diese hatten das Ziel, den eigenen

Leistungsprozess und damit mögliches Potential zur Ressourcenoptimierung zu identifizieren (Fetter et al., 1977, S. 137-138; Fetter et al., 1980, S. 1ff).

Am Ende dieses Kapitels findet sich im Rahmen eines Exkurses eine kleine Untersuchung, in der ein Nutzen der mit dem PEPP-Entgeltsystem geschaffenen sog. Therapieeinheiten für eine institutionsinterne Analyse vorgestellt wird.

Die Kenntnis der eigenen Leistungen hat nicht nur eine Bedeutung für den effizienten Faktoreinsatz im Produktionsprozess und damit für die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens. Sie hat für den Leistungserbringer auch die wichtige Funktion, sich als Unternehmen am Markt zu etablieren, sich mit einzelnen Marktsegmenten zu identifizieren bzw. das eigene Portfolio an den vorhandenen regionalen Markt anzupassen (Pirck 2016, S. 308; Maier 2016, S. 564). Handelt es sich also bspw. um eine Klinik der psychiatrischen Pflichtversorgung mit einem besonderen Schwerpunkt oder eine Klinik für Psychosomatik, so wird jede dieser Kliniken unterschiedliches Entwicklungspotential aufweisen und entsprechend verschiedene Wege einschlagen. Ein solcher Anpassungsprozess geschieht im wettbewerblich konkurrierenden Vergleich, kann jedoch auch im Sinne eines Benchmarks erfolgen. Die PEPP-Entgelte führen zu mehr Transparenz innerhalb der einzelnen Institution, jedoch auch im Vergleich zwischen den Kliniken. Einige Leistungserbringer haben sich früh in verschiedenen Benchmarkprojekten zusammengeschlossen, um so voneinander lernend mit dem neuen System umzugehen (Schroeders 2011, S. 78; BAG 2012; Irps et al. 2015, S. 24; AGWL-Benchmarking Psychiatrie; PSY-Benchmark u.a.). Die Erhöhung der Transparenz hinsichtlich der Leistungen und des Produktionsprozesses kann ebenso dazu beitragen, dass das gegenseitige Anstrengungsniveau im Leistungsprozess beobachtbarer als bislang wird. Dies betrifft jedoch nur das Zusammenspiel zwischen Leistungserbringer und Kostenträger, das Verhalten des Konsumenten bleibt auch weiterhin nur begrenzt einschätzbar.

Eine pauschalierende Systematik mit prospektiver Kostenkalkulation wird zum Abbau von vollstationären Kapazitäten führen (Roeder et al., 2014, S. 11) und kann über diesen Weg einen Anreiz hin zu teilstationären oder ambulanten Angeboten geben. Leistungen werden dann vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert. Die PEPP-Entgeltsystematik weist jedoch bislang keine direkt in die Entgelte integrierten

Anreizmechanismen auf, die die beiden Versorgungssektoren (stationär und ambulant) im Hinblick auf Behandlungsfälle enger zusammen führt, obwohl dies als ein Ziel in der Gesetzgebung definiert war.

Mit dem PsychEntgG besteht zwar seit 2013 die Möglichkeit, sog. Modellprojekte nach § 64b SGB V umzusetzen (Mörsch 2012, S. 697; Schütze 2013, S. 66; Deister 2015; S. 248). Das Entgeltsystem bietet hier stationären Leistungsanbietern eine Möglichkeit teilstationäre oder ambulante Behandlungen zu erbringen. Dies geschieht jedoch bislang nur mit einem Modellcharakter, dessen Strukturen von den PEPP-Entgelten abgekoppelt sind. Damit besteht für Leistungsanbieter in einem gewissen Umfang die Möglichkeit eigene, individuelle Versorgungsstrukturen mit einer eigenen (verhandelten) Vergütungssystematik entstehen zu lassen. Leistungserbringer und Kostenträger können sich von der eng strukturierten Systematik der PEPP-Entgelte mit einem Festpreissystem lösen. Allerdings kann dies gleichzeitig dazu beitragen, dass parallele Vergütungssysteme, wie auch parallele Versorgungsstrukturen, beibehalten werden. Anreize, die Trennung der finanziellen Mittel zwischen stationärem und ambulantem Bereich, so auch die Trennung dieser Versorgungssektoren zu reduzieren, werden eher begrenzt, was sich wiederum ungünstig auf Transaktionskosten und Informationsasymmetrien auswirken kann.

Im Übrigen bestand schon mit der sog. Integrierten Versorgung und den Disease Management Programmen seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes aus dem Jahr 2004 eine ähnliche Möglichkeit für Leistungserbringer, individuell mit den Kostenträgern Versorgungs- und Vergütungsanteile zu vereinbaren (siehe §§ 140 ff., SGB V; Deister 2015; S. 248).

Durch Bewertungsrelationen werden im PEPP-Entgeltsystem erbrachten Leistungen ein Punktwert zugeschrieben (Tagesfall Mix und Tagesfall Mix Index), der dann in Abhängigkeit des geltenden Basisentgeltwertes zu einer monetären Bewertung führt. Mit dem PsychVVG und der Möglichkeit für Leistungserbringer individuelle Budgets zu verhandeln, kann auch diese Bezugsgröße auf regionaler Ebene individuell angepasst werden. Damit gibt es in Zukunft die Möglichkeit, dass Preise zwischen Leistungserbringer und Kostenträger in einem gewissen Rahmen frei verhandelt werden. Dies ist jedoch nicht mit grundsätzlich frei verhandelbaren Preisen in einem marktwirtschaftlichen Umfeld vergleichbar, auf die auch die Nachfrageseite

preisorientiert Einfluss nimmt. Dabei käme es durch wettbewerbliche Strukturen zu Preisdruck. Die Beteiligten müssten sich am Markt durch Wettbewerb behaupten und positionieren. Solche marktwirtschaftlichen Elemente gibt es im Gesundheitswesen jedoch nicht bzw. nur in sehr abgeschwächter Form. Folglich weisen auch solche verhandelbaren Preise keine marktwirtschaftlich steuernde Funktion auf (Frese et al., 2004, S. 738). Das System gibt hierbei den Leistungserbringern und Kostenträgern lediglich durch das jährlich zu verhandelnde Budget eine Möglichkeit, Preise und Entgelte an die eigene Leistungsfähigkeit anzupassen. Dies kann wiederum einen Anreiz geben, eigene kalkulierte Leistungsmengen auszuweiten (Neubauer 2010, S. 41).

Die eingeschränkte Preisfunktion führt zu veränderten wettbewerblichen Strukturen unter den Leistungsanbietern und Kostenträgern. Der Wettbewerb wird auf die Qualität der Leistungen verlagert, sodass ein Wettbewerb um Leistungsqualität geführt werden muss. So lange jedoch das Entgeltsystem keine qualitätsorientierte und entgeltwirksame Komponente aufweist, ergibt sich hieraus für den Leistungserbringer kein echter Anreiz maximale Qualität anzustreben. Ein wirtschaftlich orientierter Leistungserbringer wird vielmehr auf das gesetzlich formulierte Mindestmaß an Behandlungsqualität fokussieren, um so den Gewinn zu maximieren (Beivers und Augurzky 2012, S. 125).

Damit werden durch das PEPP-Entgeltsystem bekannte Anreizstrukturen einer prospektiven Vergütung gefördert, die zu Leistungsmengensteigerungen, einer Patientenselektion, einer Reduktion der Behandlungsqualität und zur fehlerhaften Lenkungen von Patientengruppen beitragen können. Diese Verhaltensweisen führen wiederum zu Fehlanreizen für das gesamte System (Neubauer 2010, S. 41; Beivers und Augurzky 2012; S. 127).

Gleichzeitig wird hierdurch ein Anreiz zur Standardisierung von Leistungsprozessen gesetzt, da für eine definierte Leistungsqualität eine ausreichende Standardisierung der Abläufe notwendig ist, um so prospektiv nicht kalkulierbare Risiken und damit verbundene Kosten möglichst vorausszusehen und zu minimieren. Diese Entwicklung beinhaltet jedoch auch zwei weitere wichtige Aspekte.

Einerseits ist eine gute Standardisierung der Leistungen wichtig, da dies zur Qualitätssicherung beiträgt (z.B. bei der Durchführung von bestimmten Verfahren).

Andererseits bedeutet eine hohe Standardisierung von Behandlungsabläufen immer auch einen Verlust an Individualität innerhalb des Therapieprozesses. Ein solcher Verlust an Individualität hat im psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgebiet eine andere Bedeutung als in somatischen Fächern. Hierbei sei beispielhaft auf die Bedeutung eines Behandlungskontinuums bei Wechsel zwischen stationärer und ambulanter Therapie als ein Qualitätsmerkmal einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung hingewiesen.

5.4. Die PEPP-Entgelte im deutschen Gesundheitssystem

Die PEPP-Entgelte haben innerhalb des deutschen Gesundheitssystems mit der vorhandenen Sozialversicherungsstruktur und dem Solidarprinzip zunächst lediglich auf die Leistungserbringer und Kostenträger einen Einfluss. Auf die Konsumenten der Leistungen wirkt, wenn überhaupt, ein indirekter Effekt.

Insbesondere im Hinblick auf das bestehende Solidarprinzip und dem Ziel einer bedarfsgerechten Verteilung der Mittel unter Beitragsstabilität im Sozialversicherungssystem weist die gesetzgeberische Richtung zunehmend in enge Strukturen, die die Flexibilität innerhalb dieses Marktes für Leistungserbringer und Kostenträger einschränken. Ein wirtschaftlich orientiertes Handeln mit dem Ziel einer optimalen Versorgung der Versicherten ist nur bedingt möglich. Vorgaben für die Versorgung erfolgen zunehmend politisch beeinflusst und gelenkt durch Institutionen, die auf Bundesebene angesiedelt sind (Abbildung 5.17). Hierbei nimmt insbesondere der G-BA eine das System und den Gesundheitsmarkt steuernde Rolle ein (Deges 2015, S. 10).

Ein wie in Deutschland vorhandenes Sozialversicherungssystem erfährt über diese Entwicklungen eine zunehmend direkte gesetzgeberisch beeinflusste Steuerung. Dies bedingt unabhängig von den steuernd wirkenden Vorgaben immer auch Reaktionen der Beteiligten Leistungserbringer und Kostenträger, die in einem solch eng reglementierten Gesundheitsmarkt eigene Ziele verfolgen. Es ist anzunehmen, dass Informationsasymmetrien auch in Zukunft vorhanden sind und von allen Beteiligten soweit ausgenutzt werden, wie es bei den gegebenen Rahmenbedingungen möglich ist. Damit kann sowohl auf Ebene der Behandler-Patient-Beziehung als auch auf Ebene der beteiligten Institutionen

(Leistungserbringer, Kostenträger und Gesetzgebung) opportunistisches Verhalten nur bis zu einem gewissen Grad reduziert werden. Dies gilt insbesondere, da durch das System auch in Zukunft Versicherten kaum weitere Verantwortung, insbesondere keine Kostenverantwortung, für die von ihnen abgerufenen Leistungen übertragen wird. Gesundheitsleistungen sind auch in Zukunft weitgehend kostenlos und theoretisch unbegrenzt konsumierbar.

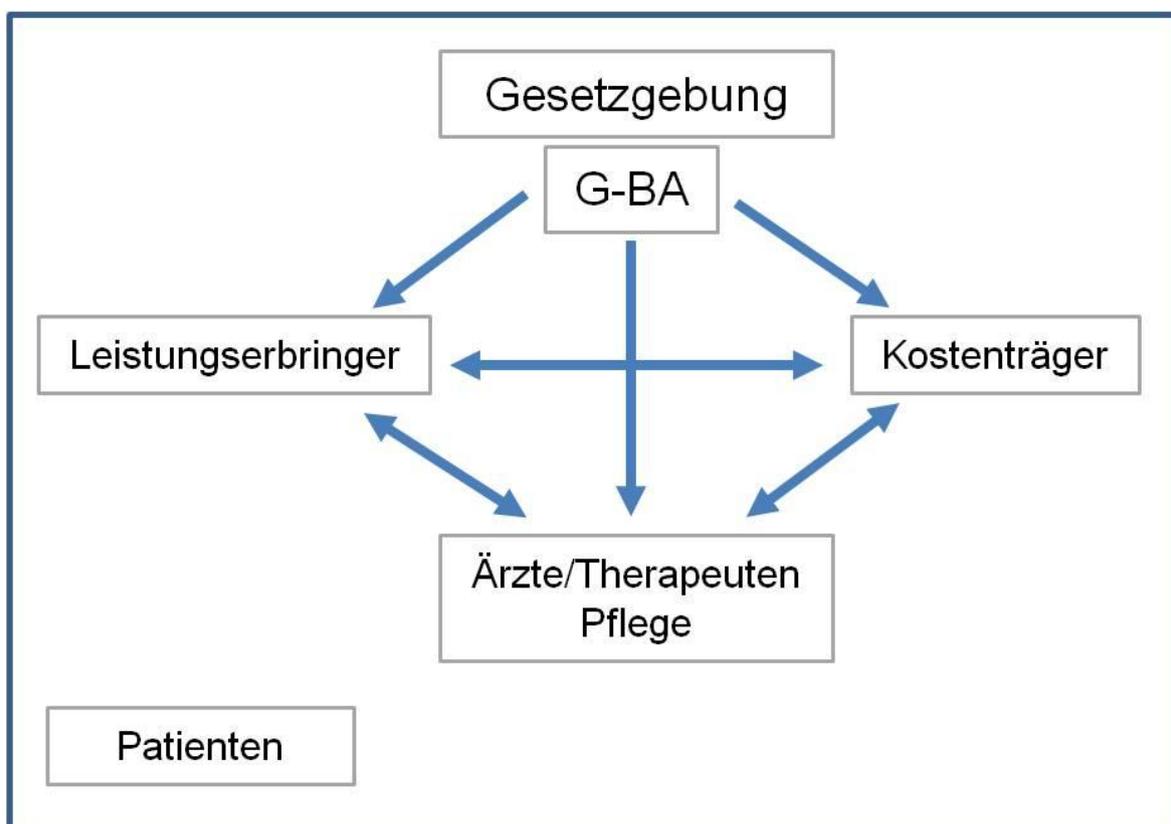


Abbildung 5.17

Zusammenspiel der Akteure im stationären Leistungsprozess. Für die Leistungserbringer (Krankenhäuser, Ärzte, Therapeuten und die Pflege) und die Kostenträger als „Unternehmer“ spielt die wirtschaftliche Perspektive eine wichtige Rolle. Sie befinden sich jedoch in einer vermittelnden bzw. umsetzenden Position, da die Gesetzgebung übergeordnet Einfluss nimmt. In einem solchen System spielen die Patienten zunächst keine Rolle. (Quelle: eigene Darstellung)

Es fehlen im PEPP-Entgeltsystem eindeutige Anreizstrukturen, die die Konsumenten der Leistungen dahingehend einbeziehen, dass sie sich kostenorientierter mit mehr Verantwortung im Produktionsprozess der Leistungen beteiligen als bisher. Eine solche verantwortungsorientierte Beteiligung der Konsumenten wird seit langem gefordert (Zweifel und Breuer 2002, S. 32; Neubauer und Beivers 2010, S. 42; Beivers und Augurzky 2012, S. 129; Neumann 2014, S. 49; Deges 2015, S. 10; Weßling 2014, S. 7). Hingegen sind sie auch in Zukunft als kosten- und risikoneutral zu bezeichnen.

Das PEPP-Entgeltsystem ist schließlich ein Klassifikationsinstrument, mit dem Fallkosten gemessen und das verhandelte budgetierte Entgelt verteilt wird. Es finden sich bislang keine qualitätsabhängigen Entgeltanteile, wie sie in den Fallpauschalensystemen Großbritanniens (HRG) und Österreichs (LKF) vorhanden sind (Voit 2016, S. 46; Fischer 2013, S. 57). Leistungserbringer haben also zunächst keinen echten Anreiz maximale Behandlungsqualität zu erreichen, insbesondere dann nicht, wenn dies mit dem Verlust eines zusätzlichen Erlöses verbunden ist.

Die prospektive Vergütungssystematik der PEPP-Entgelte verschiebt die finanzielle (Gesamt-)Verantwortung für erbrachte Leistungen zunehmend auf die Seite der Leistungserbringer (Abbildung 5.18.). Dies ist ein Mechanismus, der für prospektive Vergütungssysteme typisch ist. Es ist umso gravierender, da innerhalb des Gesamtsystems der Markt durch den Gesetzgeber zunehmend prozessual gesteuert wird (Böhm 2008, S. 69). Der Markt selber stellt im Hinblick auf Wirtschaftlichkeitsentscheidungen mit seinen Teilnehmern und den angebotenen Produkten eine untergeordnete steuernde Instanz dar (Neubauer und Beivers 2010, S. 42; Neumann 2014, S. 49; Weßling 2014, S. 7). Politische Ebenen, wie der G-BA, nehmen mehr Einfluss. Dies unterstreicht die Tatsache, dass marktwirtschaftlich orientiertes Handeln im deutschen Gesundheitssystem nicht in dem Sinne möglich ist, wie von freien Märkten her bekannt. Staatlich prozessorientierte Steuerungselemente dominieren im ordnungspolitischen Rahmen. Damit fördert ein solch eng reglementierter Markt eher Informationsasymmetrien und opportunistisches Verhalten der Teilnehmer.

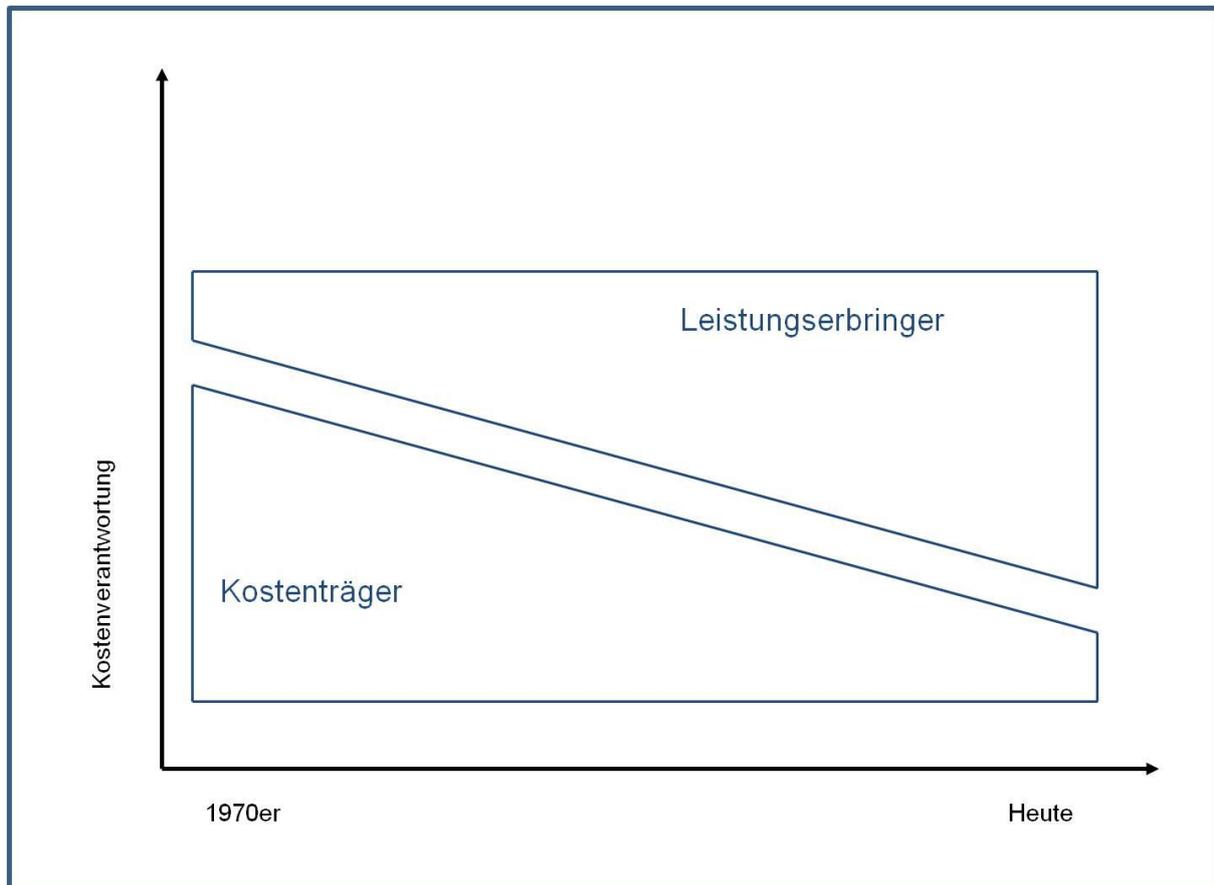


Abbildung 5.18

Kostenverantwortung. Mit dem Kostenerstattungsprinzip (vor den Reformen) lagen das wirtschaftliche Risiko und damit die Verantwortung für die Kosten überwiegend bei den Kostenträgern. Steigende Kosten oder Defizite wurde damals jedoch durch den Gesetzgeber ausgeglichen. Damit bestand auch für den Kostenträger kein „echtes“ finanzielles Risiko. Durch die Reformen der Vergangenheit (Einführung der BpflV, der Erlösbudgets, von Pauschalen und schließlich der G-DRG) hat sich das wirtschaftliche Risiko zunehmend auf die Seite der Leistungserbringer verlagert. Die Versicherten wurden hierbei bislang ausgespart. (Quelle: eigene Darstellung)

Der Einführungsprozess einer neuen Vergütungssystematik in der Psychiatrie ist keinesfalls widerspruchsfrei. Mit den bisherigen Entwicklungsschritten bleiben viele Anreizmechanismen bestehen, die aufgrund der vorhandenen Verhaltensmerkmale der Beteiligten zu den Problembereichen einer angebotsinduzierten Nachfrage (Kostenneutralität der Konsumenten), eines nachfrageinduzierten Angebotes und asymmetrischer Informationsverteilungen (begrenzte Beobachtbarkeit untereinander) unter enger werdenden Regeln einer gesetzgeberischen Lenkung führen. Leistungserbringer, Konsumenten und Kostenträger werden sich auch in Zukunft durch einen jeweiligen Informationsvorsprung und entsprechend opportunistischem Verhalten am Markt ihren Vorteil suchen. Zwar ist dies in Zukunft durch die jährliche Anpassung der Entgeltkataloge ans Gesamtsystem adaptiert und so können Verhaltensweisen der Leistungserbringer und Kostenträger im Verlauf durch das Entgeltsystem abgebildet werden („lernendes System“). Dennoch bleiben die grundsätzlichen Anreize bestehen, sich in diesem hoch reglementierten und strukturierten Markt immer wieder anzupassen, um sich eigene Vorteile zu verschaffen. Dies gilt insbesondere für Leistungserbringer und Kostenträger. Es finden sich im internationalen Vergleich einige anders strukturierte Gesundheits- und Vergütungssysteme mit mehr, aber auch weniger staatlicher Beteiligung und Kontrolle. In den meisten Systemen können die Leistungen von den Konsumenten ohne direkte Kosten abgerufen werden. Vom Konsumenten wird keine die persönlichen Entscheidungen berücksichtigende Kosten-Nutzen-Bewertung der einzelnen Leistungen verlangt. In keinem der Systeme muss er sich fragen, ob er auch bereit wäre diese Leistungen selber zu bezahlen. Dies gilt insbesondere für die Systeme mit öffentlichem Gesundheitsdienst und Sozialversicherungsstruktur, jedoch auch für jene, bei denen umfangreiche Selbstbeteiligungen vorhanden sind, wie im gemischten Modell der USA oder der Sozialversicherungsstruktur der Schweiz. Schließlich hat in keinem der international vergleichbaren Gesundheitssysteme der Konsument der Leistungen mit dem klassifizierenden und preisgestaltenden Entgeltsystem einen direkten Berührungspunkt.

In der Abbildung 5.19 sind die mit der Einführung der PEPP-Entgelte verknüpften Anreizwirkungen zusammenfassend dargestellt und in das Entgeltmodell aus Kapitel 3 integriert (Abbildung 5.20).

PEPP-Entgelte	
Folgen	Anreizwirkungen
<ul style="list-style-type: none"> - hohe Komplexität - hoher Dokumentationsaufwand - Steigerung der Kosten- und Leistungstransparenz - einer ersten Leistungsorientierung - einer fallbezogen degressiven Entgeltentwicklung - Installation eines Festpreissystems - Steigerung des gesetzgeberischen Einflusses (G-BA) - Leistungskonsum weiterhin kostenlos - keine Verantwortung für Kosten durch Konsumenten 	<ul style="list-style-type: none"> - zur Verweildauerkürzung - zur Fallselektion - zum Abbau stationärer Ressourcen - Verlagerung wettbewerblicher Strukturen - Wettbewerb um Qualität Preise verlieren ihre typische steuernde Wirkung - bisher keine qualitätsabhängigen Entgeltanteile - keine direkten Anreizwirkungen, stationäre und ambulante Versorgungsstrukturen zu verknüpfen

Abbildung 5.19

Zusammenfassende Übersicht der Folgen und Anreizwirkungen, die das PEPP-Entgeltsystem aufweist. (Quelle: eigene Darstellung)

Exkurs: Einsatz und Nutzen der Therapieeinheiten

Mit der PEPP-Entgeltsystematik wurde zu Beginn der Entwicklung der Terminus der sog. Therapieeinheiten (siehe Kapitel 5.2.3.) als ein Maß für den Umfang und die Dauer therapeutischer Kontakte eingeführt.

Die Psychiatrische Klinik Lüneburg (PKL) hat mit der Einführung der PEPP-Entgelte begonnen, ein umfassendes Krankenhausinformationssystem (KIS) einzuführen. Damit wurde innerhalb von ca. drei Jahren eine komplett digitalisierte Aktenführung umgesetzt. Die papiergestützte Dokumentation konnte auf ein Mindestmaß reduziert werden, sodass letztlich nur noch externe Dokumente in Papierform geführt werden. Diese sehr umfassende Änderung der Dokumentation im stationären Behandlungsverlauf führte zu einem grundsätzlichen Umdenken und dem Einsatz von Notebooks im klinischen Alltag. Visiten, Untersuchungen, die Erstellung der Entlassungsberichte, die hausinterne Korrespondenz mit Terminvergabe und der Kalenderführung erfolgen seitdem alle über die eingesetzte KIS-Software. Angeschlossen wurde auch ein digitales Archiv.

Mit einer solchen KIS-Lösung war es von Beginn an möglich, den Dokumentationsprozess, der entsprechend der PEPP-Entgelte bei diagnostischen und therapeutischen Leistungen notwendig wird, auf die inhaltliche Dokumentation fokussiert zu reduzieren. Sämtliche Mitarbeiter und die typischen Leistungen (Gruppen- wie Einzeltherapien) der Klinik wurden im System hinterlegt. Dabei sind die Mitarbeiter den entsprechenden OPS-Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Spezialtherapeuten etc.) zugeordnet und werden vom System automatisch erkannt. Wenn der Mitarbeiter die erbrachte Leistung im System dokumentieren will, meldet er sich mit einer eigenen Kennung und Passwort an. Damit ist er OPS-entsprechend identifiziert und kann dann in der Patientenakte die Inhalte der Leistung dokumentieren, ohne weitere OPS-Schlüssel, Codes oder ähnliches kennen bzw. eingeben zu müssen. Über die Angabe des Zeitpunktes und die Dauer der Intervention werden durch das System im Hintergrund die zu dem Behandlungsfall gehörenden OPS-Kodes automatisch ohne weitere Dokumentationsnotwendigkeiten erfasst und verschlüsselt. Hierbei hatte die PKL hausintern von Beginn an beschlossen, sämtliche Leistungen ab einer Dauer von fünf Minuten im KIS zu

dokumentieren, auch wenn die OPS- und damit PEPP-Entgeltrelevanz eine Mindestdauer von 25 Minuten pro Therapieeinheit voraussetzt.

Mit einem solchen KIS können die erbrachten Leistungen einfach analysiert werden. Dies erfolgte in der PKL in einer hausinternen Untersuchung für einen Zeitraum während der ersten beiden Datenjahre, 2011 und 2012, bei der die erbrachten Leistungen aufgeschlüsselt nach Gruppen- und Einzeltherapien sowie nach der Dauer betrachtet wurden. Hierbei interessierte insbesondere, wie viele Leistungen weniger als 25 Minuten umfassten und damit keine OPS-Relevanz aufwiesen.

Diese Daten sollen im Weiteren kurz vorgestellt werden. In den beiden Beobachtungszeiträumen, Januar bis Oktober 2011 und 2012, wurden 3400 und 3501 stationäre Fälle behandelt. Der Beobachtungszeitraum Januar bis Oktober ist damit zu erklären, da die hier beschriebenen Daten im Rahmen eines freien Vortrages auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) im November 2012 vorgestellt wurden (Krause und Hartmann 2012).

2011 wurden ca. 84.000 und 2012 ca. 117.000 OPS-relevante Leistungen erbracht. Nicht OPS-relevante Leistungen, also solche die kürzer als 25 Minuten andauerten, wurden in den beiden Jahren ca. 49.000 und 52.000 Leistungen erbracht. Diese lassen sich, entsprechend der Darstellung in der Tabelle 5.3., in vollstationäre und teilstationäre sowie Einzel- und Gruppentherapien aufteilen. Hierbei sei bemerkt, dass die Zahl für Einzeltherapien auch tatsächlich einzelne Therapieeinheiten bei Patienten darstellt. Bezogen auf die Gruppen handelt es sich nicht um mehrere tausend Gruppen, die angeboten wurden, sondern ebenfalls um Teilnehmer an Gruppentherapien.

Patientenzahl	Januar bis Oktober	vollstationär	teilstationär
2011	3400	2925	475
2012	3501	2985	516

Patientenzahl (Teilnehmer an Therapien)			
voll- und teilstationär			
Jahr	OPS relevant (≥ 25 Minuten)	≤ 24 Minuten	Gesamt
2011	84847	49155	134002
Gruppe	69405	32066	
Einzel	15442	17089	
2012	117169	52849	170018
Gruppe	93610	31042	
Einzel	23559	21807	

Tabelle 5.3

Fallzahl, die in die hier vorgestellte Analyse einging. Im Stichprobenzeitraum erhielten rund 3400 und 3500 Patienten die in der unteren Tabelle dargestellten Einzelinterventionen bzw. nahmen an Gruppentherapien teil.

Betrachtet man nun weitergehend die Zahlen für die nicht OPS-relevanten Leistungen, also Leistungen, die im System keine entgeltwirksamen Therapieeinheiten erbringen, dann ergeben sich Daten, wie sie in der Tabelle 5.4. zusammengefasst sind. Im Rahmen dieser Analyse wurden die nicht OPS-relevanten Leistungen dann weitergehend unterteilt. Und zwar erfolgte eine Analyse nach Leistungen $<25 \geq 15$ Minuten und <15 Minuten.

Es sollen im Folgenden die beiden ICD-Erkrankungsgruppen, F20 und F30 (ICD-Kapitel: F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; F30-F39 Affektive Störungen), näher betrachtet werden.

Betrachtet man die Spalten für die F20 und F30 in der Tabelle 5.4., dann fällt zunächst auf, dass insgesamt mehr und vor allem mehr länger dauernde (>25 Minuten Dauer) Leistungen für Patienten mit einer F30-Diagnose erbracht wurden. Dies lässt sich einerseits über einen grundsätzlich größeren Anteil an Behandlungsfällen erklären, was hier jedoch nicht separat dargestellt ist. Andererseits kann es klinisch über ein größeres Bedürfnis der Patienten nach Kontaktaufnahme, Behandlung und Zuwendung erklärt werden. Insbesondere Leistungen, die über 25 Minuten andauern, sind in beiden Jahren für depressiv Erkrankte deutlich mehr, als kürzere Kontakte. Dies weist ebenfalls auf ein höheres Bedürfnis der Patienten hin, verdeutlicht jedoch auch eine grundsätzlich bessere Leistungsfähigkeit und Ausdauer im Vergleich zu den Patienten der ICD-Gruppe F20, also schizophren Erkrankter.

Werden hingegen die Werte der Spalte F20 betrachtet, dann findet sich kein so großer Unterschied zwischen Leistungen, die mehr als 25 Minuten dauern und jenen, die darunter liegen. Insbesondere 2011 sind die OPS-relevanten Leistungen nur wenig mehr als jene, die unter 25 Minuten dauern. Auch dies lässt sich durch den klinischen Zustand der Patienten erklären. Ein an einer Schizophrenie Erkrankter hat oftmals nicht das Ausdauervermögen lange Kontakte durchzuhalten, weist häufig misstrauische Persönlichkeitsanteile auf oder will oftmals nur kurze Kontakte.

Einzelleistungen – ICD Diagnosen									
Patientenzahl, voll- und teilstationär									
Jahr	Min.	F0	F1	F2	F3	F4	F6	G3	Gesamt
2011	OPS relevant	709	2236	2633	5528	1108	1549	1679	15442
	<25 ≥15	654	1366	2235	2953	429	675	1528	9840
	<15	201	1603	1421	2754	371	477	422	7249
2012	OPS relevant	1482	2711	3300	9090	1916	1554	3506	23559
	<25 ≥15	899	1718	2576	4251	907	871	1940	13162
	<15	272	1688	1453	3012	907	516	797	8645

Tabelle 5.4

Aufteilung der Anzahl der erbrachten Leistungen einerseits nach OPS-Relevanz (Zeilen: >25 Minuten = OPS-relevant, <25≥15 Minuten und <15 Minuten) und andererseits nach ICD-Diagnosegruppen (Spalten).

F0 = ICD-Kapitel: F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F1 = ICD-Kapitel: F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F2 = ICD-Kapitel: F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen

F3 = ICD-Kapitel: F30-F39 Affektive Störungen

F4 = ICD-Kapitel: F40-F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F5 = ICD-Kapitel: F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F6 = ICD-Kapitel: F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Werden die Daten für die Diagnosen F20 und F30 weiter aufgeteilt in vollstationär und teilstationär, dann werden die oben schon beschriebenen Unterschiede deutlicher. Depressive Patienten bekommen mehr lange Therapien und Interventionen als Schizophrene. Letztere suchen oder fordern eher kürzere Kontakte ein. Die Zahlen gleichen sich fast einander an.

Einzelleistungen – Diagnosen							
Patientenzahl							
Jahr		F2			F3		
		Gesamt	teilstationär	vollstationär	Gesamt	teilstationär	vollstationär
2011	OPS relevant	2633	443	2190	5528	1627	3901
	<25 ≥15	2235	151	2084	2953	382	2571
	<15	1421	139	1282	2754	1161	1593
2012	OPS relevant	3300	373	2927	9090	2495	6595
	<25 ≥15	2576	152	2424	4251	725	3526
	<15	1453	423	1030	3012	1058	1954

Tabelle 5.5

Es zeigt sich, dass Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2) insgesamt weniger Interventionen einfordern und auch bei der Unterscheidung der OPS-Relevanz (>25 oder <25 Minuten) keine so deutlichen Unterschiede bestehen, wie es bei Fällen mit einer affektiven Erkrankung (F3) der Fall ist. Letztere Patienten bekommen oder fordern deutlich mehr lange Interventionen.

F2 = ICD-Kapitel: F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F3 = ICD-Kapitel: F30-F39 Affektive Störungen

Schlussfolgernde Überlegungen

Dieses Beispiel soll aufzeigen, wie die Einführung einer solchen neuen Vergütungssystematik hausintern genutzt werden kann. Zum einen lassen sich, hat man die Möglichkeit von Leistungsanalysen im KIS, Behandlungszeiträume und Therapiedauern bezogen auf Patientengruppen und Diagnosen einfach messen und darstellen. Die PEPP-Entgeltsystematik bietet dem Leistungserbringer also die Möglichkeit institutionsintern eigene Leistungsstrukturen zu analysieren und damit das Nachfrageverhalten der Patienten sowie den Ressourceneinsatz zu beurteilen. Der Einsatz der sog. Therapieeinheiten könnte entsprechend genutzt werden und ein Maß für die therapeutische Auslastung bzw. die erbrachten Aufwände darstellen.

Auch wenn die Definition sog. Therapieeinheiten vom InEK willkürlich festgelegt und auch entsprechend kontrovers diskutiert wurde, so resultiert mit dieser Untersuchung ein zu den analysierten Erkrankungsgruppen passendes Ergebnis. Depressive Menschen fragen mehr Therapie nach bzw. schaffen längere therapeutische Kontakte als Erkrankte mit einer Schizophrenie. Damit kann weiter angenommen werden, dass ein Teil der erbrachten Leistungen vom System passend erfasst wird, dies für einen anderen Teil (<25 Minuten) jedoch nicht zutrifft. Es muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass es sich bei dieser Untersuchung lediglich um eine Beobachtung handelt, die einen nur kleinen Zeitraum einschließt, nur eine Institution betrifft und insgesamt einer weitergehenden Analyse nach Art der Therapien, Gruppengrößen etc. untersucht werden müsste. Die Ergebnisse sind entsprechend kritisch zu betrachten.

Dennoch ergibt sich, dass bei vorhandener Infrastruktur Teile des PEPP-Entgeltsystem nutzbar sind, um hausintern eigene Leistungsstrukturen aus einer individualisierten Perspektive zu betrachten.

6. Lösungsvorschlag

Im folgenden Kapitel sollen zunächst einige Lösungsansätze unter Berücksichtigung der theoretischen Überlegungen dargestellt werden. Es wird dann das Thema Qualitätsmessung und Integration von Qualitätsindikatoren einbezogen, um schließlich einen eigenen Lösungsansatz im Sinne einer Modifikation der PEPP-Entgelte vorzustellen.

6.1. Denkbare Lösungsansätze

Ausgehend von den gegebenen Strukturen, bei denen im deutschen Sozialversicherungssystem durch den Gesetzgeber normativ Ziele vorgegeben werden und unter Berücksichtigung der formulierten Anforderungen an ein Entgeltsystem für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen, kann zusammengefasst werden, dass das PEPP-Entgeltsystem eine Reihe Veränderungen mit sich bringt, es jedoch den gesetzten Anforderungen noch nicht genügt. Eine Optimierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen, wie im theoretischen Modell hergeleitet, kann durch die PEPP-Entgelte nicht erreicht werden. Hierfür gibt es einige Gründe.

Zum einen sind die Konsumenten der Leistungen von den Entwicklungen des PEPP-Entgeltsystems nicht betroffen. Sie werden auch in Zukunft nicht mit mehr Verantwortung innerhalb des Leistungsprozesses integriert. Die Umsetzung dieser Entgeltsystematik bleibt somit für sie folgenlos. Es werden ihnen keine weitergehenden nicht-monetäre Verantwortungen im Behandlungsprozess übertragen und die Leistungen können auch in Zukunft umfassend und nahezu kostenlos konsumiert werden.

Das PEPP-Entgeltsystem führt zwar zu einer Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz. Diese betrifft jedoch nur die Leistungserbringer und Kostenträger, deren Leistungsverhalten beobachtbarer wird, verglichen zu der früheren Systematik mit Tagespflegesätzen. Damit kann es in der Folge zwischen diesen beiden Beteiligten auf institutioneller Ebene zu einer Reduktion von Informationsasymmetrien, Unsicherheiten und damit auch einer Abnahme von Transaktionskosten kommen. Es führt jedoch noch nicht dazu, dass auch das

Anstrengungsniveau der Konsumenten innerhalb des Produktionsprozesses besser beobachtbar und damit auch deren Verhalten besser einschätzbar wird. Auf Seiten der Konsumenten bleiben bei dieser Entgeltsystematik die Problembereiche der „hidden intentions“ und „hidden actions“ bestehen. Eine verantwortungsorientierte Integration der Patienten als aktiven externen Produktionsfaktor erfolgt nicht, ist jedoch zu fordern.

6.1.1. Integration von Selbstbeteiligungen

In der Literatur werden finanzielle Selbstbeteiligungen als ein Instrument zur verantwortungsorientierten Integration der Patienten diskutiert. Dabei könnte ein nicht ausreichender Grad an Compliance im Behandlungsprozess durch die Einführung einer Selbstbeteiligung ein behandlungs- und zielorientiertes Verhalten der Nachfrage ergeben (Schneider 2002; S. 453; Breyer et al. 2005, S. 243). Dies würde für einen Teil der Patienten im psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgebiet zutreffen und den Konsumenten verantwortungsorientiert einbeziehen. Die bisherige Kosten- und Risikoneutralität der Nachfrageseite würde damit reduziert. Wird jedoch die mit der psychiatrischen Grunderkrankung einhergehende krankheitsbedingte mangelnde Behandlungseinsicht berücksichtigt, dann kann eine solche finanzielle Selbstbeteiligung unwirksam werden oder sogar zu einem gegenläufigen Effekt mit Verschlechterung der Versorgung führen.

Schließlich ist auch zu bedenken, dass eine rein finanzielle Selbstbeteiligung das Verhalten im Sinne des Moral-Hazard-Problems fördern kann, sodass damit u.a. auch eine gesteigerte nicht angebrachte Nachfrage nach Leistungen resultieren könnte. Länder, in denen umfangreiche finanzielle Selbstbeteiligungen bestehen, weisen hohe Ausgaben für gesundheitliche Leistungen auf. Dies zeigt sich im Sozialversicherungsmodell der Schweiz und ebenso im gemischten Modell wie dem der USA.

Im Hinblick auf Selbstbeteiligungen ist daher bei einem solchen Ansatz zu fordern, dass die Nachfrageseite nicht nur mit finanziellen Selbstbeteiligungen integriert wird, sondern bspw. auch durch fest definierte gegenseitige Kontrollmechanismen innerhalb des Produktionsprozesses. Eine solche Integration könnte bspw. bedeuten, dass Konsumenten den Erhalt der zuvor gemeinsam definierten Behandlungen

rechtsverbindlich gegenüber dem Leistungserbringer und Kostenträger bestätigen. Hierbei wären jedoch auch viele weitere Ansätze denkbar.

6.1.2. Ein Gesamt-Team-Ansatz

Der psychiatrisch-psychotherapeutische Produktionsprozess ist mit einem hohen Grad an Integrativität des Konsumenten als externen Produktionsfaktor verknüpft und stellt eine sehr individuell-spezifische Leistung dar (Kapitel 2.1.). Dieser Leistungsprozess kann damit auch als eine Teamleistung gesehen werden. Hierbei findet sich zunächst das Team aus Patient und behandelnder Instanz, also dem Leistungserbringer. Aufgrund der Besonderheiten der vertraglichen Ausgestaltungen im Gesundheitswesen gehört zu diesem Team konsequenterweise auch der Kostenträger als dritte Instanz.

In einem Team muss für ein gutes Ergebnis und für einen effizienten Produktionsfaktoreinsatz innerhalb des Leistungsprozesses die Verbesserung der Kooperationsbereitschaft untereinander und als Team gefördert werden (Daumann 2011, S. 100 ff.). Die Kooperationsbereitschaft kann in einem solchen Zusammenhang durch eine verbesserte Transparenz über die Austauschbeziehungen und hinsichtlich der Leistungen sowie des Ressourcenverbrauches erfolgen, was gleichzeitig zum Abbau von Informationsasymmetrien führt. Zudem kann auch durch eine Angleichung und damit eine Verteilung der Verantwortungsübernahme innerhalb des Produktionsprozesses die Kooperation der Beteiligten positiv beeinflusst werden. Dem liegt die Überlegung zugrunde, dass eine sich entwickelnde einseitige Kostenverantwortung das systembedingte risikoaverse Verhalten verstärkt und damit zu eigenfokussiert opportunistischen Reaktionen Anreiz gibt (Breyer et al. 2005, S.382).

Durch den klassifikatorischen Anteil führt das PEPP-Entgeltsystem zu mehr Kosten- und Ressourcentransparenz. Damit wird der Leistungsprozess beobachtbarer als bisher. Dies betrifft jedoch nur den Leistungserbringer und Kostenträger, was erneut verdeutlicht, dass durch das PEPP-Entgeltsystem keine Anreize für die Konsumenten der Leistungen bestehen, sich bei den gegebenen Voraussetzungen im kooperativen Produktionsprozess verantwortungsorientiert zu verhalten.

In einem solch heterogenen Produktionsprozess werden die vorhandenen Problembereiche mit Informationsasymmetrien und opportunistisch rücksichtslosem Verhalten am Markt nie zugunsten einer vollständigen Informationssymmetrie (first-best-Lösung) beseitigbar sein. Gleichzeitig bietet das PEPP-Entgeltsystem jedoch in der aktuellen Ausgestaltung ebenso wenig Ansätze, eine Optimierung der Versorgung durch eine Verbesserung der Kooperationsbereitschaft zwischen den drei Hauptbeteiligten zu erreichen (Breyer et al., 2005, S. 414).

6.1.3. Ein Teil-Team-Ansatz

Die verbesserte Transparenz hinsichtlich der Kosten, Leistungen und Ressourcen betrifft primär den Leistungserbringer und den Kostenträger. Damit finden sich für dieses Teil-Team innerhalb des Produktionsprozesses psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen durch das PEPP-Entgeltsystem dennoch erste Ansätze, die helfen können die Kooperationsbereitschaft zwischen diesen beiden Beteiligten zu fördern.

So findet sich, betrachtet man die Kalkulationssystematik der PEPP-Entgelte etwas eingehender, in den Entgeltkatalogen ab dem Jahr 2015 eine erste Leistungsorientierung. Hierbei werden kostenintensive Tage mit hohem Ressourcenverbrauch mit zusätzlichen Entgeltanteilen, den sog. ergänzenden tagesbezogenen Entgelten, vergütet (siehe Kapitel 5.2.3. und InEK 2014, S. 5 ff.; f&w 2015, S. 14 ff; Wagner und Wittland 2015, S. 730; Schwarz 2016, S. 61). Es findet sich also eine Art tagesbezogene Basisvergütung, die leistungsorientiert durch zusätzliche Entgelte gesteigert werden kann. Es wurden zudem Anpassungen vorgenommen, sodass nun bspw. auch die Aufnahme- und Entlassungstage bewertet werden (Bühning 2016b, S. B1243).

Mit dem PEPP-Entgeltsystem wurden außerdem Möglichkeiten geschaffen, als stationärer Leistungserbringer über gesonderte Verträge mit den Kostenträgern und dann nicht mehr die PEPP-Entgelte betreffend, Verträge zur Einführung neuer Versorgungsformen abzuschließen. Es bietet sich also der Anreiz auf einer individuellen Ebene als Leistungserbringer mit dem Kostenträger eine gesonderte Vergütung zu vereinbaren. Im Sinne der geforderten Flexibilität, die ein

Entgeltsystem auch für die beteiligten Akteure mit sich bringen sollte, um so die Produktionsfaktoren individuell sowie wirtschaftlich einsetzen zu können, erscheint dieser Ansatz sinnvoll. Im Rahmen der PEPP-Entgeltentwicklung wurde diese Möglichkeit jedoch lediglich auf Projekte zur Verbesserung der ambulanten Versorgung beschränkt, was auf das politisch formulierte Ziel verweist, die sektorenübergreifende Versorgung zu verbessern. Gemeint sind hier die Möglichkeiten sog. Modellprojekte nach § 64 SGB V zu vereinbaren (Mörsch 2012, S. 697; Schütze 2013, S. 66; Deister 2015; S. 248). Das bedeutet, dass regional begrenzt und zwischen einzelnen Leistungserbringern und Kostenträgern individuelle Versorgungskonzepte mit einer individuellen Preisgestaltung entstehen können. Dies ist hinsichtlich Flexibilität und Wettbewerbsorientierung zunächst zu begrüßen. Allerdings muss bedacht werden, dass durch eine solche eigene Abrechnungssystematik gleichzeitig die Austauschbeziehungen durch u.U. steigende Transaktionskosten belastet werden können, da in diesem Rahmen parallel geltende Vergütungssystematiken mit steigendem bürokratischen Aufwand entstehen könnten. Diese könnten wiederum dem kooperativen Ansatz entgegen wirken.

Ebenfalls seit dem Entgeltkatalog 2016 wurden weitere Modifikationen im PEPP-Entgeltsystem eingeführt. Dabei erfolgte eine Abkehr vom bis dahin geltenden übergeordneten Ziel, dass die Entgelte nach einem bundeseinheitlich geltenden Basisentgeltsatz vergütet werden. Seit 2016 wurden entsprechende gesetzliche Regelungen verabschiedet, dass nun landeseinheitliche Basisentgeltsätze gelten sollen und die Leistungserbringer mit den Kostenträgern auch in Zukunft jährlich ein institutionsbezogenes prospektiv geltendes Budget verhandeln (Bühning 2016b, S. B1243).

Damit finden sich erste Ähnlichkeiten in der Entgeltsystematik, die an andere prospektive Klassifikationssysteme (LKF, HRG etc.) erinnern. Es gibt also einige Ansätze innerhalb des PEPP-Entgeltsystems, die den Leistungserbringern eine gewisse Flexibilisierung ihrer Produktionsfaktoren ermöglichen und die Kooperationsbereitschaft zwischen Kostenträger und Leistungserbringer verbessern könnten. Dabei würde auch das gegenseitige Anstrengungsniveau beobachtbarer und die Informationsverteilung symmetrischer als bisher werden.

6.1.4. Integration einer sachwaltenden Instanz

In der Literatur wird im Zusammenhang mit Entgeltsystemen wiederholt auf die Integration einer sachwaltenden Instanz hingewiesen, die bei der Problematik eines nicht zu beseitigenden opportunistischen Verhaltens und weitreichender asymmetrischer Informationsverteilungen zu Gunsten einer optimalen Versorgung eingreifen soll und einen Teil der Kostenverantwortung übertragen bekommt (Breyer et al. 2005, S. 382). Ein solcher Ansatz kann aus zwei Perspektiven für die Vergütung psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen sinnvoll sein.

Zum einen könnte eine solche sachwaltende Instanz im psychiatrischen Leistungsprozess für jenen Teil der Erkrankten eine Bedeutung bekommen, die krankheitsbedingt vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage sind, für sich im Behandlungsprozess verantwortungsorientiert mitzuwirken.

Zum anderen kann mit einer sachwaltenden Instanz, die eine Verteilung der Kostenverantwortung ergibt, ebenso die Kooperationsbereitschaft zwischen Leistungserbringer und Kostenträger verbessern. Auch hierbei könnte insbesondere für die Versorgung oben erwähnter chronisch erkrankter Patienten, die eine hohe Kostenunsicherheit und mit denen ein hohes Kostenrisiko verbunden ist, ein Anreiz bestehen, die Versorgung solcher Behandlungsfälle zu übernehmen.

Schließlich wäre dies auch ein Ansatz, der dabei helfen würde, die mit dem Produktionsprozess verbundene risikoaverse Haltung der Leistungserbringer und Kostenträger zu reduzieren.

6.1.5. Integration entgeltrelevanter Qualitätsfaktoren

Die bisherigen Überlegungen zu Lösungsansätzen zeigen zwar einige Entwicklungen und Möglichkeiten auf, die zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen können. Es bleibt hierbei jedoch ein Bereich, der ebenso steuernd wirken kann, unberücksichtigt. So ist innerhalb der PEPP-Entgeltsystematik zwar eine erste Leistungsorientierung integriert. Diese ist jedoch im System mit keinen zusätzlichen Anreizen verknüpft. Die Entgelte werden unabhängig von der mit dem Produktionsprozess verbundenen Leistungsqualität gezahlt. Ein ähnlicher Anreiz wie er vom pauschalierenden System der HRG in Großbritannien her bekannt ist, bei dem zusätzliche Entgelte für „best practice“ gezahlt werden, findet sich nicht.

Eine Implementierung entgeltabhängiger Qualitätsfaktoren könnte jedoch einen weiterführenden Anreiz darstellen, den therapeutischen Produktionsprozess zu verbessern. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die Leistungserbringer mit dem Anreiz einer zusätzlichen Vergütung auch motiviert wären, diese zugunsten einer Qualitätssteigerung für den Produktions- und Behandlungsprozess einzusetzen. Im bisherigen PEPP-Entgeltsystem bestehen keine solchen Anreizmechanismen, die zu einer Leistungsqualität über das gesetzlich vorgeschriebene Maß hinaus motivieren. Hat ein Leistungserbringer bspw. durch eine Spezialisierung ein regionales Alleinstellungsmerkmal und sich damit marktorientiert plaziert, dann kann dennoch ein intrinsisches Interesse bestehen, sich in diesem Rahmen mit besonderen Qualitätsmerkmalen am Markt weitergehend zu positionieren. Er wird dann hinsichtlich dieser Besonderheit ein zusätzliches Interesse an Leistungsqualität haben, muss jedoch ebenso bereit sein, u.U. zugunsten dieser Qualität auf einen zusätzlichen Gewinn zu verzichten.

Schließlich müssen zwei weitere Problembereiche hinsichtlich einer entgeltrelevanten Qualitätskomponente berücksichtigt werden. Erstens gibt es in Deutschland bislang keine zuverlässig und praktikabel einsetzbaren Indikatoren, die die Ergebnisqualität des stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Produktionsprozesses messen. Die meisten qualitätsorientierten Vorgaben und Indikatoren beziehen sich auf die vorhandene Struktur- und Prozessqualität der Institutionen, die gesetzgeberisch vorgegeben sind.

Zweitens ist die Messbarkeit der Ergebnisqualität im psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungsprozess deutlich unsicher und damit erschwert. Dies ist u.a. mit den sich möglicherweise während des Behandlungsprozesses verändernden Zielsetzungen auf Seiten des Konsumenten zu erklären. Allerdings ist auch die Zuführung eines Behandlers, als feste und dem psychisch kranken Menschen einen Halt gebende Instanz, im Sinne einer Optimierung der Versorgung nur bedingt hinsichtlich des qualitativen Outputs messbar. Das Ergebnis einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Dienstleistung ist immer in hohem Maße durch die Einschätzung des Behandlers und die Selbstbeurteilung des Patienten beeinflussbar und damit von beiden Seiten abhängig.

Schließlich müsste grundsätzlich eine Messung der Ergebnisqualität und die damit verbundenen Konsequenzen auch von den Konsumenten der Leistungen durch eine ausreichende Wertschätzung mitgetragen werden (Busch 2015, S. 639).

Dennoch gilt, dass eine entgeltabhängige Integration der Behandlungsqualität und hierbei insbesondere der Ergebnisqualität einen Anreiz zur Optimierung der Versorgung darstellt.

6.1.6. Wie könnte ein Lösungsansatz aussehen?

In der Zusammenschau dieser dargestellten Ansatzmöglichkeiten ist zu fordern, dass die Konsumenten verantwortungsorientiert in den Produktionsprozess eingebunden werden. Hierbei erscheinen Maßnahmen zur Erhöhung der Kooperationsbereitschaft untereinander sinnvoll. Dabei würden eine Stärkung der Mitwirkungspflicht und damit eine entsprechende Verantwortung auf Seiten der Konsumenten notwendig sein. Gleichzeitig wäre auch der Ansatz im Sinne des Teil-Teams und einer damit verbesserten Kooperationsbereitschaft zwischen Leistungserbringer und Kostenträger sinnvoll. Hierbei würde die Integration einer sachwaltenden Instanz und die der qualitätsabhängigen Entgeltanteile Ansätze darstellen.

Im PEPP-Entgeltsystem finden sich bislang keine Anteile dieser theoretisch formulierten Ansatzmöglichkeiten.

Es soll daher im letzten Abschnitt dieser Arbeit ein die vorhandene PEPP-Entgeltsystematik berücksichtigender Lösungsvorschlag formuliert und exemplarisch kalkuliert werden. Hierbei wird eine willkürlich definierte Modifikation der PEPP-Entgelte vorgenommen und in diesem Rahmen die Verweildauer als abhängige Variable integriert. Dies hat zwei Gründe. Einerseits wird die Verweildauer in einer pauschalierenden Systematik zumeist zu einer Art abhängigen Kennzahl und andererseits wird die Verweildauer in der Literatur als ein möglicher Qualitätsindikator für die erreichte Behandlungsqualität des psychiatrischen Leistungsprozesses diskutiert. Hierbei wird oft die Verkürzung der Verweildauer ohne

Erhöhung der sog. Wiederaufnahmerate als eine Kennzahl für ein gutes Behandlungsergebnis definiert.

Ergänzend folgt daher im nächsten Kapitel zunächst eine Übersicht der in der psychiatrischen Versorgung vorhandenen und diskutierten Qualitätsindikatoren.

6.2. Qualitätsmerkmale stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen

In der Literatur finden sich viele Übersichtsarbeiten, die Behandlungs- und Lebensqualität bei einzelnen psychiatrischen Erkrankungen und hinsichtlich eingesetzter Therapiestrategien messen (Zubaran und Foresti 2009, S. 283; IsHak et al., 2011, S. 232; Awad und Voruganti 2012, S. 184; IsHak et al., 2012, S. 8). Hierbei stehen jedoch zumeist eng umschriebene Fragestellungen im Fokus der Untersuchungen, die überwiegend vor einem medizinisch-wissenschaftlichen Hintergrund gesehen und nur bedingt auf Versorgungsstrukturen übertragen werden. Bestrebungen in der Psychiatrie eine Qualitätssicherung zu betreiben, gibt es schon lange. So wurde in den 1980er Jahren die sog. Basisdokumentation (BADO) entwickelt und in den 1990er Jahren von den Fachgesellschaften als ein sinnvoll einzusetzendes Instrument angesehen (Spießl 2009, S. 305). Die BADO konnte sich trotz eines hohen Entwicklungsaufwandes dennoch nie als ein wirkliches Qualitätssicherungsinstrument durchsetzen (Richter 2004, S. 105).

Seit Jahren werden immer wieder mögliche Kennzahlen und Indikatoren diskutiert, die zur Messung von Behandlungsqualität im psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungsprozess eingesetzt werden könnten. Verlässlich nutzbare Messinstrumente fehlen bisher.

Hierfür gibt es einige Gründe. Zum Einen ist dies in der bisherigen Vergütungssystematik der BpflV für stationär-psychiatrische Leistungen zu sehen, bei der bislang nie ein wirklicher Anreiz bestand, versorgungs- und entgeltorientiert die psychiatrische Leistungsfähigkeit zu messen, um so eine weitergehende qualitätssichernde Komponente zu implementieren. Zum Zweiten sind dadurch Bestrebungen und Versuche, qualitätssichernde Komponenten im deutschen Gesundheitswesen und in die vorhandenen Versorgungsstrukturen einzugliedern,

bislang kaum unterstützt und angeregt worden. Dies gilt insbesondere im Vergleich zu angloamerikanischen Systemen, bei denen im versicherungsrechtlich liberalen Markt der USA Qualitätssicherung schon lange betrieben und im Sinne des Pay-for-Performance-Ansatzes auch honoriert wird. Hierbei spielen u.a. die Möglichkeiten einer Risikoadjustierung und guten Kenntnis der Patientenstruktur der beteiligten Leistungserbringer und Kostenträger eine wichtige Rolle (Fischer et al. 2016, S. 186). In Deutschland finden sich für Leistungserbringer und Kostenträger keine derartigen entgeltwirksamen Anreize qualitätssichernde Maßnahmen einzusetzen. Vielmehr werden diese durch den Gesetzgeber vorgeschrieben (KHSG 2016; Fischer et al. 2016, S. 186; Korzilius 2016, S. 1021). Hierbei ist jedoch problematisch, dass bislang keine Kontrollen des damit erreichten Nutzens solcher gesetzgeberisch vorgegebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen erfolgen (Petzold und Eberlein-Gonzka 2016, S. 866).

Schließlich weist auch der eigentliche Produktionsprozess der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen einige Schwierigkeiten auf. Der Behandlungsprozess ist nicht zwangsläufig an das Behandlungsergebnis gekoppelt. Zudem kann bei der Beurteilung des Behandlungsergebnisses eine Divergenz zwischen Fremdeinschätzung durch den Behandler und der Selbsteinschätzung des Patienten entstehen. Eine von außen definierte Lebensqualität und die von den Patienten empfundene subjektive Beschwerdefreiheit, also die individuelle Lebensqualität des Patienten, sind nicht zwangsläufig aneinander gekoppelt (Richter 2004, S. 106) und gleichzusetzen. Dies verdeutlicht nochmals die Schwierigkeiten bei einer therapeutischen Leistung mit derart subjektiven Anteilen, wie bei psychiatrisch-psychotherapeutischen Interventionen, zuverlässig die Behandlungsqualität zu messen.

In Deutschland gibt es bislang keine so entwickelten und in die Vergütungssystematik integrierten Instrumente, mit denen Leistungsqualität gemessen wird (Osterloh 2015a), wie es in anderen Ländern der Fall ist. Es erklärt auch, dass bislang nur umschriebene Fragestellungen, Diagnosegruppen und Therapieverfahren hinsichtlich qualitätssichernder Maßnahmen untersucht wurden. Die BADO nutzt bspw. Routinedaten, die einfach erhoben werden können, misst jedoch überwiegend Struktur- und Prozessqualität. Ein Maß für die erreichte Ergebnisqualität ist zwar integriert, stellt jedoch ein nur wenig detailliertes und von der

Einschätzung durch den Behandler abhängiges Maß dar (Richter 2004, S. 106). Die Patienten, deren Zufriedenheitsstatus und vorhandene Eindrücke werden nicht berücksichtigt.

Ein Teil der in der deutschsprachigen Versorgungsforschung diskutierten psychiatrischen Qualitätsindikatoren sind in der Abbildung 6.2. aufgeführt.

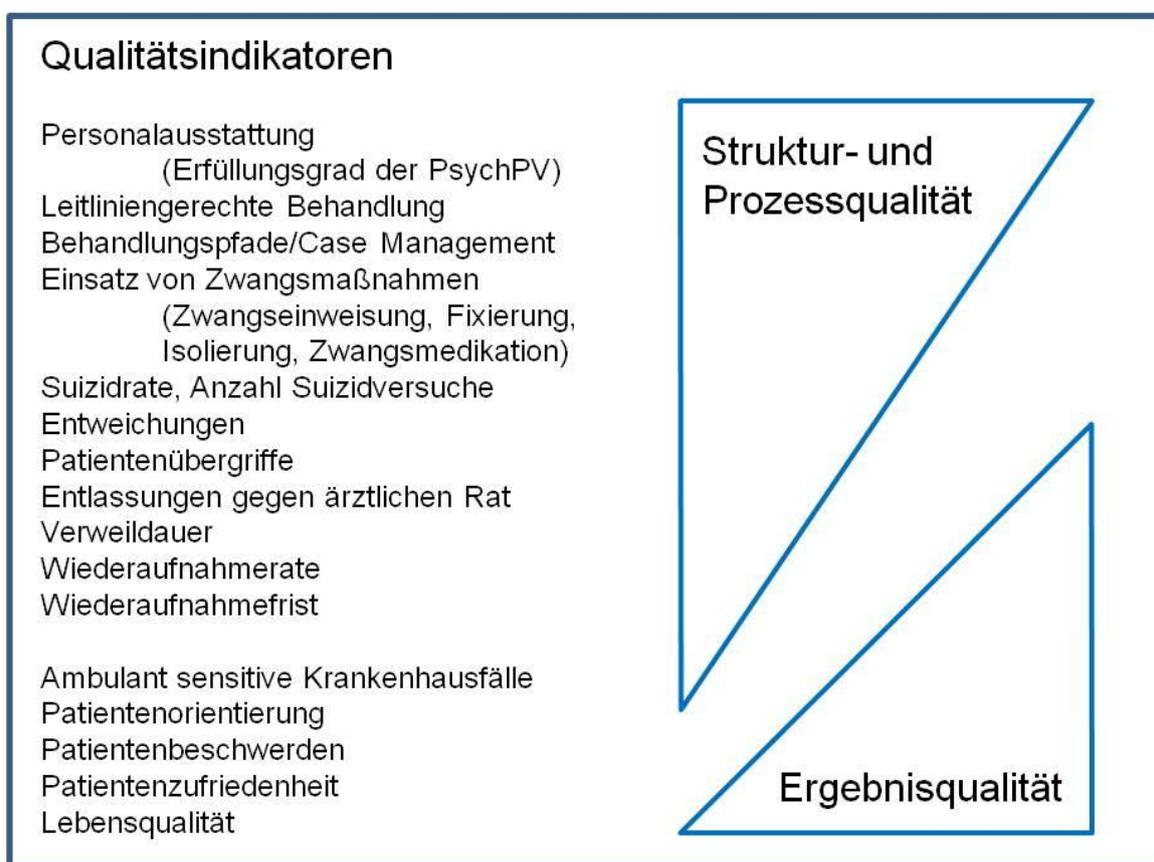


Abbildung 6.1

In der Literatur diskutierte Qualitätsindikatoren für psychiatrische Leistungen (Richter 2004, S. 105; Burgdorf 2014, S. 215; Poschenrieder 2015, S. 6; Hubmann 2016, S. 19-20). Die Darstellung soll verdeutlichen, dass es bislang mehr Indikatoren zur Messung von Struktur- und Prozessqualität gibt als für Ergebnisqualität, einige jedoch auch ein überlappendes Maß darstellen. (Quelle: eigene Darstellung)

Von den in Abbildung 6.2. aufgezählten möglichen Qualitätsindikatoren wird in der Versorgungsforschung in Deutschland immer wieder auf die Verweildauer (VWD) und die Wiederaufnahmerate nach stationär-psychiatrischen Behandlung Bezug genommen. Diese werden in Verbindung mit einem effizienten Mitteleinsatz und Kostensenkung als mögliches Maß für gute Behandlungsqualität diskutiert.

Hierbei findet sich das ärztlich-therapeutische Ziel die stationäre VWD möglichst kurz zu halten, um so die Patienten früh wieder in den häuslichen Rahmen zu entlassen. Außer Acht wird bei diesem Qualitätsindikator „Verkürzung der stationären Verweildauer“ jedoch bislang eine damit verbundene Notwendigkeit zur Veränderung der ambulanten Versorgung gelassen. Auch werden damit keine Messungen der Lebensqualität verknüpft.

Die OECD gliedert (Hermann et al. 2004, S. 12) Qualitätsindikatoren für die Psychiatrie weiter auf. Diese werden zunächst in einzelne Kategorien unterteilt, denen die Indikatoren dann zugeordnet sind (siehe Abbildung 6.3.). Auch dies verdeutlicht, dass das Thema Qualitätssicherung in den übrigen OECD-Staaten umfangreicher als in Deutschland entwickelt ist.

Area	Indicator Name
Continuity of Care	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalization ▪ Continuity of visits after hospitalization for dual psychiatric/substance related conditions ▪ Racial/ethnic disparities in mental health follow-up rates ▪ Continuity of visits after mental health-related hospitalization
Coordination of Care	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Case management for severe psychiatric disorders
Treatment	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visits during acute phase treatment of depression ▪ Hospital readmissions for psychiatric patients ▪ Length of treatment for substance-related disorders ▪ Use of anti-cholinergic anti-depressant drugs among elderly patients ▪ Continuous anti-depressant medication treatment in acute phase ▪ Continuous anti-depressant medication treatment in continuation phase
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mortality for persons with severe psychiatric disorders ▪ Quality of life

Abbildung 6.2

Zusammenstellung der von der OECD definierten Qualitätsindikatoren für psychiatrische Leistungen. (Quelle: Kilbourne et al. 2010, Table 1 S. 553)

6.3. PEPP-Entgeltmodifikation mittels Entlassungspauschale

Bei der PEPP-Entgeltmodifikation wird die Verweildauer (VWD) als eine der abhängigen Komponenten dieser Systematik eingesetzt, um eine eigene definierte Regelung um den Entlassungszeitpunkt zu integrieren. In einer solchen prospektiven Entgeltsystematik wird mit der VWD als eine Art Stellschraube in diesem System zumeist ein vorhandener Anreiz zur Verweildauerkürzung verknüpft. Dieser Aspekt und die in der Literatur diskutierte Rolle der Verweildauerkürzung im Sinne einer früheren Entlassung in die ambulante Behandlung, als möglicher Qualitätsindikator, begründen den Einsatz der VWD in der vorgestellten Modifikation.

Es findet sich im PEPP-Entgeltsystem keine in die Entgelte regelhaft integrierte Komponente, die den Entlassungsprozess bei stationärer Behandlung betrifft. Seit dem OPS 2015 gibt es lediglich eine besondere und damit den Fall erschwerende Prozedur („Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“, OPS-Katalog 2015, S. 536).

Bei dem hier vorgestellten Vorschlag wird in die bestehende PEPP-Entgeltsystematik eine willkürlich festgelegte Teilmodifikation integriert, bei der zum Entlassungszeitpunkt in einer definierten Regelung eine Pauschale gezahlt wird. Hierbei wurde diese Pauschale als ein fixer Betrag definiert, der dem Leistungserbringer zur Verfügung steht und von ihm individuell für eine fortgeführte voll-, teilstationäre oder ambulante Versorgung eingesetzt werden kann. Die Abbildung 6.3. soll dies schematisch verdeutlichen.

Dieser pauschalierte Betrag soll in der nun folgenden Kalkulation als sog. Entlassungspauschale (EP) bezeichnet werden.

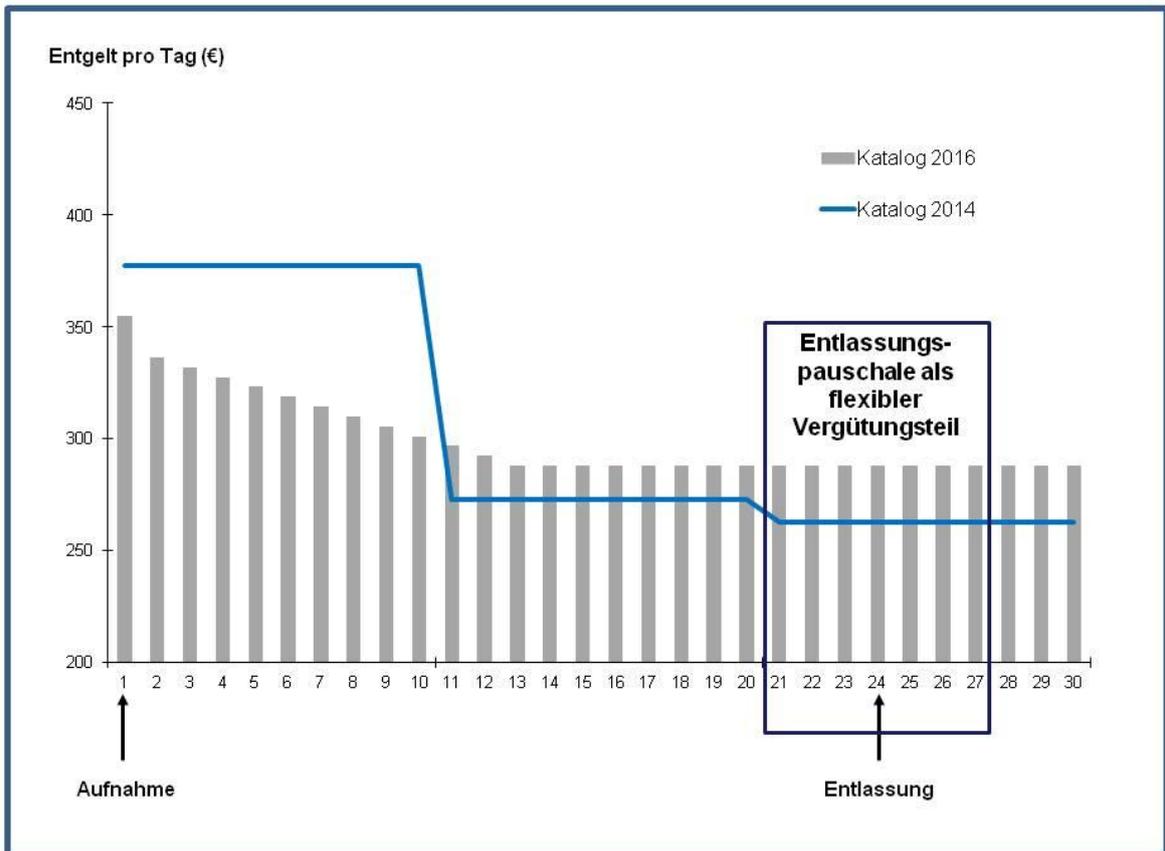


Abbildung 6.3

Schematische Darstellung der Entlassungspauschale. Entgeltbetrag, der zum Entlassungszeitpunkt gezahlt wird und vom Leistungserbringer flexibel für vollstationäre, teilstationäre oder ambulante Leistungsanteile genutzt werden kann. (Quelle: eigene Darstellung)

Die zugrunde liegende Überlegung bei der sog. Entlassungspauschale ist eine Flexibilisierung der Behandlung zum Ende der vollstationären Behandlungsphase. Mit einem Pauschalbetrag kann der Leistungserbringer in der Entlassungsphase die Behandlung und den Mitteleinsatz dahingehend flexibilisieren, dass er – entsprechend der therapeutischen Notwendigkeit – einige teilstationäre Tage oder eine direkte ambulante Betreuung an den vollstationären Aufenthalt anschließt. Hierbei kann der Leistungserbringer selber entscheiden, ob dies ärztlich-psychotherapeutische Leistungen sein müssen, ob pflegerische Maßnahmen ausreichen oder andere Behandlungselemente (z.B. aus der Soziotherapie) eingesetzt werden. Zudem kann der Leistungserbringer diese Leistungen selber erbringen oder an einen ambulanten Behandler kooperierend übergeben.

Es sollen nun anhand fiktiver Beispieldaten vier Versionen dieser Entlassungspauschale in die bestehende PEPP-Entgeltsystematik exemplarisch und kalkulatorisch integriert werden.

Hierbei soll keine neue Entgeltstruktur entwickelt werden. Vielmehr soll basierend auf den bisherigen PEPP-Entgeltkatalogen eine Modifikation vorgeschlagen werden, die als Diskussionsgrundlage dienen und abschließende Empfehlungen aufzeigen soll.

Dazu sind die folgenden Annahmen notwendig.

- Ausgang für diese Kalkulation sind zunächst nur vollstationäre Behandlungsfälle der Erwachsenenpsychiatrie, teilstationäre und ambulante Fälle bleiben unberücksichtigt.
- PEPP-Entgelte der sog. Prä-Strukturkategorie, der Psychosomatik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie bleiben in diesem Modell ebenfalls mit Absicht unberücksichtigt.
- Grundlage zur kalkulatorischen Modifikation bilden die Daten des InEK aus den Abschlussberichten zur Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik der Jahre 2013 bis 2017; Anlagen 1a PEPP-Entgeltkatalog 2013 und PEPP-Entgeltbrowsern Jahrgang 2014 bis 2017.

- Es werden für die hier kalkulierte Modifikation nur jene PEPP-Entgelte gewählt, die in den Entgeltkatalogen 2013 bis 2017 eine Fallzahl von mehr als 1000 in der InEK-Kalkulation aufweisen.

In der hier vorgestellten Systematik soll jedem PEPP-Entgelt ein flexibel einsetzbarer Vergütungsteil, ein hier als Entlassungspauschale (EP) bezeichneter Anteil, angefügt werden, der im Anschluss bzw. im Übergang von der vollstationären zur ambulanten Behandlung eingesetzt werden kann. In der Abbildung 6.4. war dies schon graphisch verdeutlicht worden.

Der Diagnostik- und Behandlungsprozess beginnt also mit einer Phase fester Tagespauschalen, entsprechend der Systematik der PEPP-Entgelte und somit auch entsprechend der Fallschwere. Dieser Anteil soll unverändert bleiben. In Abhängigkeit der Verweildauer soll dann jedem PEPP-Entgelt die Entlassungspauschale zugerechnet werden, die flexibel für eine weitere teilstationäre oder ambulante Behandlung durch den vollstationären Leistungserbringer genutzt werden kann. Hierbei können Leistungen durch das Krankenhaus oder einen kooperierenden ambulanten Behandler erbracht werden. Da es sich jedoch um einen finanziellen Anteil eines vollstationären Budgets handelt, steht dieser Vergütungsteil zunächst nur dem stationären Leistungserbringer zur Verfügung. Voraussetzung ist, dass die vollstationäre Behandlung beendet werden kann und eine weitergehende teilstationäre oder ambulante Behandlung nach der vollstationären Phase indiziert ist.

Ein weiterer Aspekt ist die Definition der Höhe der Entlassungspauschale. Hierbei könnte einerseits ein Festbetrag im Sinne einer für alle PEPP-Entgelte gleichen Pauschale kalkuliert werden. Eine Alternative wäre ein Betrag, der eine Abhängigkeit zu einzelnen Elementen der Entgelte aufweist. In diesem Beispiel wird die Verweildauer genutzt.

Bei dem hier vorgestellten Ansatz gibt es also zwei grundlegende Ziele. Einerseits soll durch die flexibel einsetzbare Pauschale der Leistungserbringer die Möglichkeit erhalten, seine Leistungen individuell auf die Bedürfnisse des Patienten anpassen zu

können. Andererseits bietet sich für den Patienten die Möglichkeit, wenn der Bedarf einer weiteren ambulanten Behandlung besteht, dass diese schnell erfolgen bzw. der Patient ohne längere Unterbrechungen des therapeutischen Kontaktes in sein häusliches Umfeld zurückkehren kann.

6.3.1. Definition der Entlassungspauschalen

Für die Entlassungspauschale werden drei Versionen mit vier verschiedenen Typen definiert und dann vergleichend anhand der Daten der PEPP-Entgeltkataloge kalkuliert.

Entlassungspauschale 1

Bei der Entlassungspauschale 1 (EP1) handelt es sich um einen pauschalierenden Ansatz, bei dem der Umfang der Pauschale von der Verweildauer, der Bewertungsrelation der zugehörigen PEPP-Entgelte und dem Basisentgeltwert abhängt. Die EP1 wird lediglich dann möglich sein, wenn der Behandlungsfall vor der zum jeweiligen PEPP-Entgelt gehörenden durchschnittlichen VWD (siehe Abschlussberichte zum PEPP-System des InEK) entlassen werden kann.

Die Berechnungsformel für die EP1 lautet wie folgt.

$$EP\ 1 = (mVWD_p - VWD_i) \times BWR_p \times BW_a$$

Die EP1 berechnet sich also folgendermaßen. Es wird die tatsächliche Verweildauer des Behandlungsfalles (VWD_i) von der zu dem den Fall verschlüsselnden PEPP-Entgelt gehörenden mittleren Verweildauer ($mVWD_p$) subtrahiert. Diese Differenz in Tagen wird dann mit der zuletzt geltenden Bewertungsrelation (BWR_p) des zugehörigen PEPP-Entgeltes multipliziert. Es resultiert also letztlich eine Tagesfallwertung, die dem im Kapitel 5.2.6., dort als Tagesfall Mix oder Day Mix bezeichnet, entspricht. Daraus ergibt sich in einem weiteren Schritt nach Multiplikation mit dem geltenden Basisentgeltwert (BW_a) der pauschale Betrag, der

für diesen Behandlungsfall als Entlassungspauschale zur Verfügung steht. Die Abbildung 6.4. stellt dies graphisch und mit einer Beispielkalkulation dar.

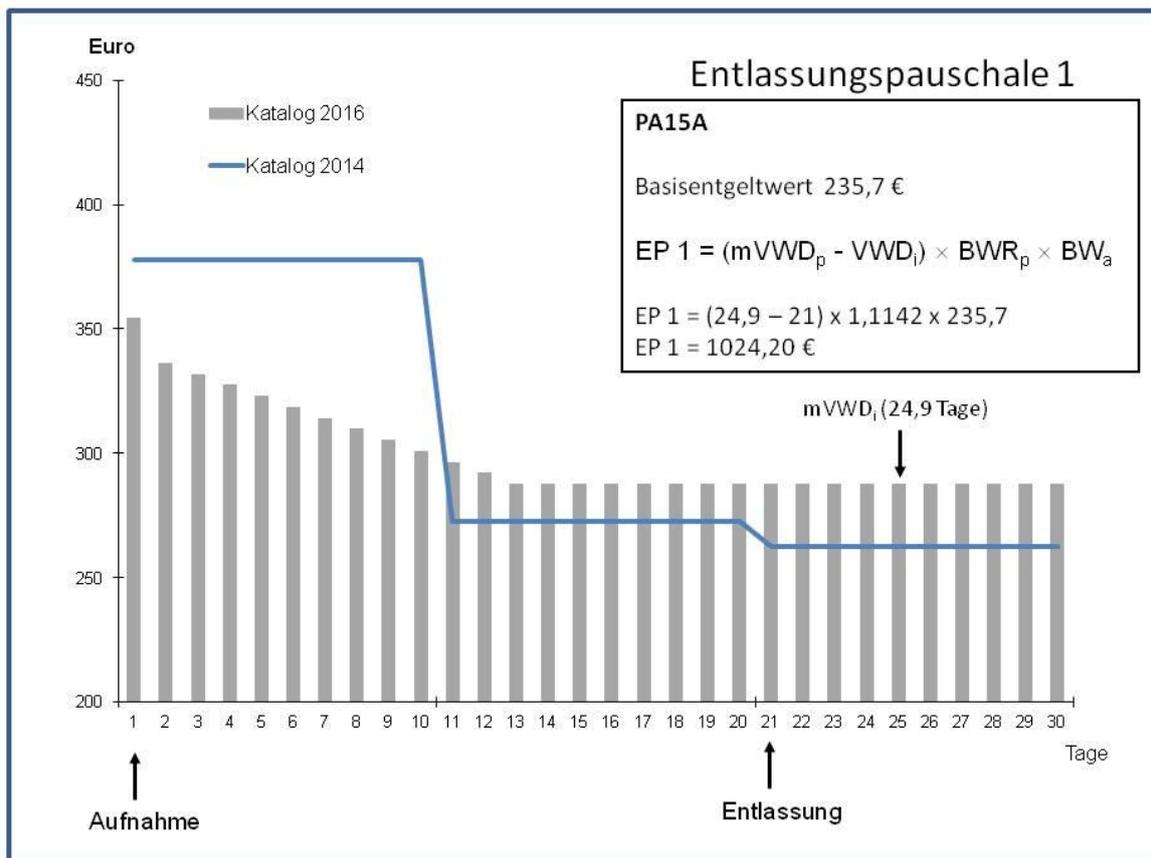


Abbildung 6.4

Beispiel für die EP 1 mit Daten aus dem Entgeltkatalog 2014 (blaue Kurve und Kalkulation). Ein Behandlungsfall wird mit dem PEPP-Entgelt PA15A kodiert und bspw. am 21. Tag nach Aufnahme entlassen. Es ergibt sich eine Differenz von 3,9 Tagen zur mittleren Verweildauer (mVWD) des PEPP-Entgeltes, die mit einer $BWR_p = 1,1142$ und dem BW_a von hier angenommenen 235,7 € multipliziert werden. Damit resultiert ein Betrag von 1024,20 € als Entlassungspauschale für diesen Fall. (Quelle: eigene Darstellung)

Entlassungspauschalen 2-3 und 2-5

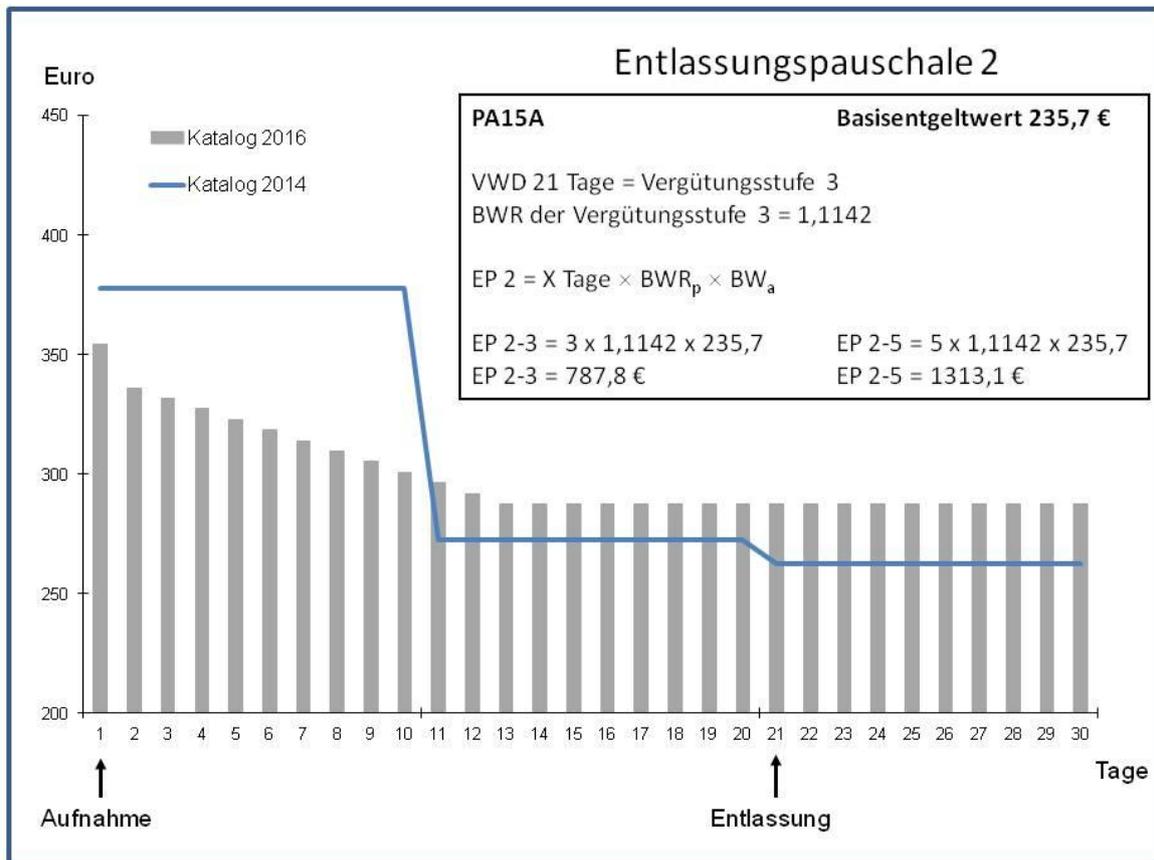
Bei den EP2 handelt es sich um Pauschalen, die sich aus der Multiplikation einer zuvor festgelegten Anzahl an Tagen mit deren zugehörigen Bewertungsrelationen errechnen. Für die hier angenommenen Beispiele sollen drei und fünf Tage genutzt werden. Damit stellt sich ein pauschalierender Ansatz dar, bei dem die EP2 von dem PEPP-Entgelt und von der zugehörigen Bewertungsrelation abhängt, jedoch nicht mehr die vergleichbare Abhängigkeit zu der zugehörigen mVWD aufweist, wie es bei der EP1 der Fall war.

Die Formel zur Berechnung der EP2-3 und EP2-5 lautet folgendermaßen.

$$EP2-3 = 3 \text{ Tage} \times BWR_p \times BW_a$$

$$EP2-5 = 5 \text{ Tage} \times BWR_p \times BW_a$$

Die EP2 errechnen sich also, in dem die zum Entlassungszeitpunkt geltende Bewertungsrelation (BWR_p) des zugehörigen PEPP-Entgeltes mit drei und mit fünf (Tagen) multipliziert werden. Wird dieser Wert dann mit dem Basisentgeltwert (BW_a) multipliziert, ergibt sich der Pauschalbetrag (Abbildung 6.5.).

**Abbildung 6.5**

Beispiele für die EP2 anhand Daten des Entgeltkataloges 2014 (blaue Kurve und Kalkulation). Ein Behandlungsfall wird erneut am 21. Tag nach Aufnahme entlassen. Diesmal wird die zuletzt geltende Bewertungsrelation des PEPP-Entgeltes PA15A (1,1142) mit drei und fünf multipliziert. Nach Multiplikation mit dem Basisentgeltwert resultieren für die EP 2-3 787,8 € und für die EP2-5 1313,1 € als Pauschalbetrag. (Quelle: eigene Darstellung)

Entlassungspauschale 3

Bei der EP3 wird ein Betrag unabhängig vom Entlassungszeitpunkt von dem geltenden PEPP-Entgelt und dem Basisentgeltwert festgelegt. Im hier kalkulierten Beispiel soll ein Betrag von 1000 € als Entlassungspauschale pro Behandlungsfall und für alle vollstationären Fälle, die in die Kalkulation einbezogen werden können, berechnet werden.

6.3.1. Weiteres methodische Vorgehen

Zum besseren Verständnis der in den weiteren Ausführungen gebrauchten Verschlüsselungskodes der PEPP-Entgelte und der ICD-Diagnosen sind diese mit zugehörigem Text in den Tabellen 6.1. und 6.2. aufgelistet.

PEPP-Entgelt	Bezeichnung
PA01A	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, mit komplizierender Konstellation
PA01B	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, ohne komplizierende Konstellation
PA02A	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit Heroinkonsum oder intravenösem Gebrauch sonstiger Substanzen oder mit schwerer Begleiterkrankung bei Opiatabhängigkeit
PA02B	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit komplizierender Konstellation oder mit multiplen Substanzmissbrauch bei Opiat- oder Kokainkonsum oder mit hoher Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting
PA02C	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Alter > 64 Jahre oder mit Qualifiziertem Entzug ab mehr als 14 Behandlungstagen oder mit komplizierender Konstellation oder mit multiplen Substanzmissbrauch außer bei Opiat- oder Kokainkonsum
PA02D	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	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	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre, oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität
PA04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 85 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit Mutter/Vater-Kind-Setting oder mit komplizierender Diagnose oder Alter > 64 Jahre
PA04C	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplizierende Diagnose
PA14A	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen und andere Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität
PA14B	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen und andere Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
PA15A	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	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit bestimmten Demenzerkrankungen oder mit komplizierender Konstellation oder Alter > 84 Jahre
PA15C	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, Alter < 85 Jahre, ohne bestimmte Demenzerkrankungen, ohne komplizierende Konstellation

Tabelle 6.1

Übersicht über die vorhandenen PEPP-Entgelte mit dazu gehörenden Textbezeichnungen.

ICD-Kode/- Gruppe	Bezeichnung
F00-09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-29	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F30-39	Affektive Störungen
F40-49	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F90-98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
G30-G39	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems

Tabelle 6.2

ICD-Schlüssel und die dazu gehörenden Textbezeichnungen.

Grundlage dieser Kalkulation bilden die bisherigen Daten des InEK aus den Abschlussberichten und PEPP-Entgeltkatalogen der Jahre 2013 bis 2017. Hierbei sollen zunächst die PEPP-Entgelte bestimmt werden, die für die weitere exemplarische Kalkulation der Entlassungspauschalen herangezogen werden können. Zur Vereinfachung werden dafür nur jene ausgewählt, die mindestens 1000 Fälle in der InEK-Kalkulation aufweisen. Diese ausgewählten PEPP-Entgelte sind in der Tabelle 6.3. aufgeführt und werden dort vergleichend dargestellt.

	2013		2014		2015		2016		2017	
PEPP	mVWD _p	Kosten/d								
PA01A	< 1000 Fälle									
PA01B	< 1000 Fälle									
PA02A	15,4	262,73	16,4	282,2	16,9	261,41	16,1	263,32	15,9	265,28
PA02B	12,7	234,39	15,2	267,96	15,9	245,3	15,6	254,65	15,6	257,68
PA02C	nichtvorhanden		16,2	230,79	15,8	230,87	16,1	233,01	16,5	236,98
PA02D	nichtvorhanden		11,1	238,83	11,1	226,98	11,4	227,9	10,5	236,32
PA03A	38,3	235,7	38,7	236,07	37,6	235,17	38,3	240,74	38	249,16
PA03B	34,4	213,01	33,7	215,95	34,6	213,66	33,4	217,64	32,9	224,15
PA04A	< 1000 Fälle		33,6	248,58	38,7	244,85	36,8	248,36	35,5	255,65
PA04B	34,4	220,59	34,8	222,9	34,8	225,62	34,2	292,02	34,7	233,83
PA04C	30,1	206,16	30,5	205,88	31,4	204,46	30,8	208,67	30,6	211,95
PA14A	< 1000 Fälle		< 1000 Fälle		28,6	241,26	28,7	251,91	28,1	255,29
PA14B	24,3	223,12	25,1	223,14	27,6	217,8	26,9	221	27	225,55
PA15A	26,4	294,7	24,9	299,24	25	277,39	25,1	286,29	26,6	293,58
PA15B	22,9	270,96	22,3	269,92	23,3	264,28	23,5	272,73	23,5	282,81
PA15C	23,2	247,91	22,7	253,88	25,4	244,66	24,8	251,75	25,7	259,01
MWges	26,21	240,93	25,02	245,80	26,19	238,12	25,84	247,86	25,79	249,09
MW	26,21	240,93	26,43	247,71	27,25	238,98	26,87	250,88	27,05	250,30

Tabelle 6.3

Darstellung der ausgewählten PEPP-Entgelte aus den Katalogen 2013 bis 2017. Zu den Entgelten sind hier die zugehörigen mittleren Verweildauern (mVWD_p) und die mittleren Kosten pro Tag aufgeführt. In den beiden unteren Zeilen sind ergänzend die gemittelten Tageskosten und Verweildauern der Entgelte ausgewiesen. Dabei sind in der Zeile MWges alle in den vier Katalogen vorhandenen PEPP-Entgelte gemittelt, während in der Zeile MW nur die Daten der PEPP-Entgelte gemittelt wurden, die auch tatsächlich in allen Katalogversionen durchgehend vorhanden waren.

Betrachtet man die fünf bisherigen PEPP-Entgeltkataloge, werden schon durch diese orientierende Darstellung Unterschiede deutlich. Ab dem Jahr 2014 sind zwei zusätzliche PEPP-Entgelte vorhanden, die es 2013 noch nicht gab. Auch die in der Kalkulation berücksichtigten PEPP-Entgelte, die also über 1000 Fälle in der InEK-Kalkulation aufwiesen, nehmen ab 2014 zu. Die PEPP-Entgelte PA02C und PA02D gab es im Katalog für das Jahr 2013 noch nicht. PA04A hatte 2013 weniger als 1000 Fälle. Daher finden sich für diese drei PEPP-Entgelte keine Daten für das Jahr 2013. Eine genaue Übersicht der durch das InEK einbezogenen Fallzahlen findet sich im Anhang in den Tabellen 9.1 und 9.2.

Es wird ebenso deutlich, dass bisher in allen Entgeltkatalogen die Entgelte PA01A und PA01B unter 1000 Fälle aufwiesen, sodass Daten dieser Entgelte nicht für die weitere Kalkulation herangezogen wurden. Mit den Entgeltkatalogen 2015, 2016 und 2017 wurden keine zusätzlichen PEPP-Entgelte eingeführt.

In der Tabelle 6.3. sind die zu den PEPP-Entgelten gehörenden mittleren Verweildauern ($mVWD_p$) der InEK-Kalkulation aufgelistet. Dabei fällt auf, dass die $mVWD_p$ von 2013 bis 2017 gering abnimmt, wenn alle vorhandenen PEPP-Entgelte gemittelt werden (siehe Zeile MWges und Spalten $mVWD_p$ in der Tabelle 6.3.). Die $mVWD_p$ steigt etwas an, werden nur die PEPP-Entgelte gemittelt, die auch in allen fünf Katalogen durchgehend vorhanden waren (siehe Zeile MW und Spalten $mVWD_p$ in der Tabelle 6.3.).

Vergleicht man den Fallkostenverlauf der fünf Kataloge miteinander, so findet sich eine Zunahme der Kosten von 2013 auf 2014, während diese 2015 wieder sinken, um dann ab 2016 erneut anzusteigen (Zeile MW in den Spalten Kosten/d der Tabelle 6.3.). Dies gilt für alle Entgelt, unabhängig, ob nur ein Teil oder alle gemittelt wurden.

Die in der Tabelle 6.3. aufgeführten PEPP-Entgelte bilden damit die Grundlage für die weitere Kalkulation der Entlassungspauschalen, die nun exemplarisch kalkuliert werden sollen. Hierbei ist es das Ziel, für die Kalkulation eine Gesamtfallzahl anzunehmen, die der Diagnosen- und damit PEPP-Entgeltverteilung eines allgemeinspsychiatrischen Krankenhauses etwa entspricht. Es wurden daher für die Ermittlung der Fallzahl und Diagnosenverteilung erneut Daten aus der InEK-Kalkulation herangezogen.

6.3.2. Verteilung der Diagnosegruppen und PEPP-Entgelte

Entsprechend der Daten des InEK wurden für die hier ausgewählten PEPP-Entgelte jene einbezogen, die über 1000 Fälle pro PEPP-Entgelt und Jahr aufwiesen. Es gingen damit für die nun folgende Kalkulation aus dem Datenjahr 2013 Daten von 115.126 Fällen ein. Aus den Jahren 2014, 2015, 2016 und 2017 resultieren Datensätze von 123.209, 149.117, 162.398 und 194.055 Fällen. Im Verlauf der Jahre konnten also jeweils mehr Fälle in die InEK-Kalkulation einbezogen werden (Tabelle 6.4.).

In den fünf Entgeltkatalogen finden sich die ICD-Gruppen nach Häufigkeit aufgelistet weitgehend gleich. Dabei resultieren für 2013 in absteigender Reihenfolge die Diagnosen aus den ICD-Gruppen F10-F19, F30-F39, F20-F29, F00-F09, F40-F49, F60-F69, F50-F59 und F90-F99.

In den Jahren 2014 bis 2017 führten auch Kodierungen einiger neurologischer ICD-Diagnosen der Gruppe G30-G39 zu PEPP-Entgelten. Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass es sich u.a. um Diagnosen des ICD-Kataloges handelt, die der Kreuz-Stern-Systematik folgen und damit gemeinsam mit einer psychiatrischen Diagnose verschlüsselt werden. Dies erklärt, warum auch neurologische Diagnosen zu psychiatrischen Entgelten führen. Seit dem Katalog 2014 haben ferner die Diagnosegruppen F40-F49 und F00-F09 in der Rangreihenfolge die Plätze getauscht.

Die genauen prozentualen Verteilungen und die zugehörigen medizinischen Bezeichnungen finden sich in der Tabelle 6.4.

		2013	2014	2015	2016	2017
ICD-Gruppe	Bezeichnung	Fallzahl (n = 115.126)	Fallzahl (n = 123.209)	Fallzahl (n = 149.117)	Fallzahl (n = 162.398)	Fallzahl (n = 194.055)
F00-09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	8,89	9,55	9,75	9,48	9,32
F10-19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	33,07	30,60	30,57	31,63	32,78
F20-29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	17,39	16,57	16,83	16,46	16,50
F30-39	Affektive Störungen	27,59	28,43	27,80	27,29	27,46
F40-49	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	8,92	9,12	8,87	8,90	8,01
F50-59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0,19	0,21	0,35	0,32	0,14
F60-69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	3,84	3,49	4,04	4,16	4,21
F90-99	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0,11	0,12	0,14	0,18	0,15
G30-G39	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	n.v.	1,91	1,63	1,59	1,43
	Summe	100	100	100	100	100

Tabelle 6.4

Verteilung der ICD-Diagnosegruppen innerhalb der für die Kalkulation ausgewählten PEPP-Entgeltfälle. Im Datenjahr 2013 waren Diagnoseschlüssel der Gruppe G30-G39 noch nicht vorhanden (n.v.). Angegeben sind jeweils die Prozentränge, sodass die Verteilung deutlich wird.

Die Verteilung der ICD-Diagnosegruppen und PEPP-Entgelte wird für die jeweiligen Jahre betrachtet, sodass Entwicklungen und Unterschiede dargestellt werden können.

In allen Jahren stehen die drei „typischen“ psychiatrischen Diagnosegruppen, F10-F19 (Abhängigkeitserkrankungen), F30-F39 (Depressionen und affektive Erkrankungen) und F20-F29 (schizophrene Störungen) an erster Stelle. Sie führen im Jahr 2013 mit der vierten Gruppe F40-F49 (neurotische und Belastungsstörungen) zu den meisten PEPP-Entgelten (immer >80%), dargestellt in der Tabelle 6.5. Ab dem Jahr 2014 ändert sich das etwas, da nun die Gruppe F00-F09 (organische psychische Störungen) an vierter Stelle steht. Auch in den Jahren 2015 bis 2017 schließen diese vier Diagnosengruppen >80% der Fälle ein. Dies spiegelt die klinische Häufigkeitsverteilung der Erkrankungen wider.

Bei der Entwicklung der PEPP-Entgelte findet sich hingegen eine deutliche Dynamik. Im PEPP-Entgeltkatalog 2013 wurden mit insgesamt vier PEPP-Entgelten ca. 80 % der Fälle erfasst. Hierbei handelte es sich um die Entgelte PA02B, PA04C, PA03B und PA04B, die den größten Teil der Diagnosen abbildeten. Mit diesen PEPP-Entgelten sind Diagnosen der ICD-Gruppen F10-F19, F20-F29, F30-F39 und F40-F49 einbezogen.

Ab dem Katalogjahr 2014 ergeben sich Änderungen, da einerseits zwei zusätzliche PEPP-Entgelte in das Gesamtsystem eingefügt wurden und andererseits damit die Verteilung und Gewichtung der einzelnen Fälle sich veränderte. Es konnten nun mit insgesamt sechs PEPP-Entgelten ca. 80 % der Fälle verschlüsselt werden, die sich in die PA02C, PA02D, PA03B, PA04B, PA04C und PA15B aufgliedern.

Mit diesen Änderungen stellt sich eine Entwicklung innerhalb der PEPP-Entgeltsystematik dar, die eine auf den Schweregrad der Fälle bezogene Abstufung andeutet.

Mit dem PEPP-Entgeltkatalog 2015 wurden zwar kalkulatorische Anpassungen und Veränderungen im System vorgenommen. Dies ergab jedoch keine neuen Entgelte. So verschlüsseln 2015 bis 2017 auch weiterhin die gleichen PEPP-Entgelte wie auch 2014 einen Großteil der Fälle, was ca. 79 %, 78 % und 76 % ausmacht. Hierbei wird ein abnehmender Trend deutlich, sodass statt wie vorher sechs nun sieben Entgelte einen Umfang von >80% erfassen.

Die Diagnosegruppen für 2015 und 2016 verteilen sich in ähnlicher Weise wie 2014 auch, also in absteigender Reihenfolge mit den Gruppen F10-F19, F20-F29, F30-F39 und F00-F09.

Betrachtet man den Verlauf über die fünf Entgeltkataloge gesehen, dann wird deutlich, dass der Prozentanteil innerhalb der Diagnosegruppen bei ca. 86 % verbleibt, wobei es 2014 bis 2016 zu einem kurzen Abfall auf 84 % kommt.

Für beide Klassifikationsinstrumente, ICD-Diagnosegruppen und PEPP-Entgelte, zeigen sich also eine Ausweitung und eine weitere Verteilung der Behandlungsfälle (Tabelle 6.5.).

2013		2014		2015		2016		2017	
ICD - Diagnosen									
F10-19	33,07	F10-19	30,60	F10-19	30,57	F10-19	31,63	F10-19	32,78
F30-39	60,66	F30-39	59,03	F30-39	58,37	F30-39	58,92	F30-39	60,24
F20-29	78,06	F20-29	75,60	F20-29	75,20	F20-29	75,38	F20-29	76,74
F40-49	86,98	F00-09	85,15	F00-09	84,96	F00-09	84,86	F00-09	86,06
F00-09	95,86	F40-49	94,26	F40-49	93,83	F40-49	93,76	F40-49	94,07
F60-69	99,70	F60-69	97,76	F60-69	97,87	F60-69	97,92	F60-69	98,28
F90-99	99,81	G30-G39	99,67	G30-G39	99,50	G30-G39	99,51	G30-G39	99,71
F50-59	100,00	F50-59	99,88	F50-59	99,86	F50-59	99,82	F50-59	99,85
		F90-99	100,00	F90-99	100,00	F90-99	100,00	F90-99	100,00
PEPP - Entgelte									
PA02B	31,33	PA04C	26,20	PA04C	26,49	PA04C	25,92	PA04C	25,45
PA04C	57,90	PA02D	43,73	PA02D	42,32	PA02D	42,09	PA02D	40,55
PA03B	72,51	PA03B	56,78	PA03B	54,96	PA03B	54,50	PA03B	52,98
PA04B	80,07	PA02C	66,81	PA04B	63,90	PA04B	62,89	PA02C	62,38
PA14B	84,11	PA04B	75,04	PA02C	72,57	PA02C	71,20	PA04B	70,43
PA15B	87,94	PA15B	80,55	PA15B	79,21	PA15B	78,13	PA15B	76,86
PA02A	91,15	PA03A	84,38	PA03A	83,71	PA03A	82,47	PA02A	81,78
PA03A	94,26	PA14B	88,15	PA14B	87,33	PA14B	86,00	PA03A	86,13
PA15C	97,13	PA02B	91,57	PA02B	90,69	PA02B	88,93	PA14B	89,60
PA15A	98,97	PA15A	94,76	PA02A	93,37	PA02A	92,88	PA02B	92,67
PA04A	100,00	PA15C	97,01	PA15C	96,01	PA15C	95,16	PA04A	95,12
		PA04A	98,97	PA04A	97,90	PA04A	97,61	PA15A	97,10
		PA02A	100,00	PA15A	99,16	PA15A	98,95	PA15C	99,02
				PA14A	100,00	PA14A	100,00	PA14A	100,00

Tabelle 6.5

Häufigkeitsverteilungen der Diagnosegruppen und PEPP-Entgelte in der Zusammenschau der fünf vorhandenen Entgeltkataloge. Dargestellt sind in absteigender Reihenfolge und jeweils addiert die prozentuale Häufigkeit der Diagnosen und der PEPP-Entgelte.

6.3.3. Definition des Stichprobenumfangs

Bei der hier vorgenommenen exemplarischen Kalkulation wurde keine reale Fallzahl einer Klinik herangezogen. Vielmehr wurde anhand der oben dargestellten ICD-Diagnosen- und PEPP-Entgeltverteilung (Tabelle 6.4.) eine Stichprobe artifiziell mit Hilfe der Daten des InEK definiert.

Zieht man ein typisches akutpsychiatrisches Krankenhaus der Pflichtversorgung heran, welches für mehrere Landkreise bzw. eine Bevölkerung von ca. 400-tausend Einwohnern die Versorgung übernimmt, dann ist eine Fallzahl von ca. 3.500 vollstationären Behandlungsfällen pro Jahr realistisch.

Bemessen an der Gesamtfallzahl aus den PEPP-Entgeltkatalogen 2013 bis 2017 stellen die Tabellen 6.6. und 6.7. eine Übersicht über die zugehörige Verteilung der Fallzahlen bezogen auf die ICD-Diagnosegruppen, die PEPP-Entgelte und angepasst an die angenommene Fallzahl von 3500 pro Jahr dar.

Dies verdeutlicht noch einmal die dargestellten Veränderungen in den Gewichtungen der PEPP-Entgelte und den dazu gehörenden Diagnosegruppen. So führten 2013 über 1000 Fälle allein zu dem PEPP-Entgelt PA02B, was sich 2014 auf die PA02C und PA02D mit 351 respektive 614 Fällen aufteilt und insgesamt 965 Fälle umfasst. 2015 bis 2017 sieht die Verteilung etwas anders gewichtet aus, jedoch insgesamt ähnlich.

Mit 930 Fällen führten 2013 drei Diagnosegruppen (F30-F39, F40-F49, F50-F59) zum PEPP-Entgelt PA04C. Ab 2014 bis 2016 führen vier Diagnosegruppen (F20-F29, F30-F39, F40-F49, F50-F59) in dieses PEPP-Entgelt. Zudem weist nun die PA04C mit 930 Fällen den größten Anteil auf, bei dem die F30-Diagnosengruppe im Vordergrund steht. An zweiter Stelle folgt die PA02D mit 614 Fällen. An dritter Stelle folgt die PA03B mit 457 Fällen aus der Gruppe der F20-Diagnosen.

Die Verteilung der Entgelte verändert sich mit den Katalogen 2015 bis 2017 nicht, lediglich die Anteile der einzelnen Fallzahlen pro Entgelt nehmen ab.

PEPP	2013			2014		
	ICD	Fallzahl	mVWD _p	ICD	Fallzahl	mVWD _p
PA02A	F10-19					
	F30-39					
	F40-49	112	15,4	F10-19	36	16,4
PA02B	F10-19			F10-19		
	F30-39			F30-39		
	F40-49	1097	12,7	F40-49	120	15,2
PA02C	nichtvorhanden			F10-19		
PA02D	nichtvorhanden			F30-39	351	16,2
				F40-49	614	11,1
				F00-09		
PA03A	F20-29	109	38,3	F20-29	134	38,7
	F00-09			F00-09		
PA03B	F20-29	511	34,4	F20-29	457	33,7
PA04A	F00-09			F00-09		
	F30-39			F30-39		
	F40-49	36	34,4	F40-49	69	33,6
PA04B	F30-39			F30-39		
	F40-49	265	34,4	F40-49	288	34,8
PA04C	F30-39			F20-29		
	F40-49			F30-39		
	F50-59	930	30,1	F40-49		
PA14A	<1000 Fälle			<1000 Fälle		
PA14B	F50-59			F00-09		
	F60-69			F50-59		
	F90-99	142	24,3	F60-69		
				F90-99	132	25,1
PA15A	F00-09	64	26,4	F00-09		
PA15B	G30-G39			G30-G39	111	24,9
	F00-09			F00-09		
	F10-19	134	22,9	F10-19		
PA15C	G30-G39			G30-G39	193	22,3
	F00-09	100	23,2	F00-09	78	22,7
	Summe	MW		Summe	MW	
	3500	26,95		3500	25,01	

Tabelle 6.6

Verteilung der Fallzahlen entsprechend der Diagnosegruppen und PEPP-Entgelte der Jahre 2013 und 2014, die für die weitere Kalkulation genutzt wurden. Hierbei wurde die prozentuale Verteilung der Entgelte an den Stichprobeumfang von $n = 3500$ Behandlungsfälle pro Jahr angepasst. Zusätzlich sind die jeweils zu den PEPP-Entgelten gehörenden mittleren Verweildauern ($mVWD_p$) angegeben.

PEPP	2015			2016			2017		
	ICD	Fallzahl	mVWDp	ICD	Fallzahl	mVWDp	ICD	Fallzahl	mVWDp
PA02A	F10-19	94	16,9	F10-19	138	16,1	F10-19	172	15,9
PA02B	F10-19	118	15,9	F10-19	103	15,6	F10-19	107	15,6
PA02C	F10-19	303	15,8	F10-19	291	16,1	F10-19	329	16,5
PA02D	F10-19	554	11,1	F10-19	566	11,4	F10-19	528	10,5
PA03A	F00-09			F00-09			F00-09		
	F20-29	157	37,6	F20-29	152	38,3	F20-29	152	38
PA03B	F20-29	443	34,6	F20-29	434	33,4	F20-29	435	32,9
PA04A	F00-09			F00-09			F00-09		
	F30-39			F30-39			F30-39		
	F40-49	66	38,7	F40-49	86	36,8	F40-49	86	35,5
PA04B	F20-29								
	F30-39			F30-39			F30-39		
	F40-49			F40-49			F40-49		
	F50-59	312	34,8	F50-59	294	34,2	F50-59	282	34,7
PA04C	F20-29			F20-29			F20-29		
	F30-39			F30-39			F30-39		
	F40-49			F40-49			F40-49		
	F50-59	928	31,4	F50-59	906	30,8		891	30,6
PA14A	F00-09			F00-09			F00-09		
	F50-59			F50-59			F50-59		
	F60-69			F60-69			F60-69		
	F90-99	29	28,6	F90-99	37	28,7	F90-99	34	28,1
PA14B	F00-09								
	F50-59			F50-59			F50-59		
	F60-69			F60-69			F60-69		
	F90-99	127	27,6	F90-99	124	26,9	F90-99	121	27
PA15A	F00-09			F00-09			F00-09		
	G30-G39	44	25	G30-G39	47	25,1	F10-19		
PA15B							F60-69		
	G30-G39	233	23,3	G30-G39	242	23,5	G30-G39	225	23,5
PA15C	F00-09						G30-G39		
	F20-29			F00-09			F00-09		
	G30-G39	92	25,4	F20-29	80	24,8	F00-09	67	25,7
	Summe	MW		Summe	MW		Summe	MW	
	3500	26,19		3500	25,84		3500	25,79	

Tabelle 6.7

Fortsetzung der Tabelle 6.6. – Verteilung der Fallzahlen entsprechend der Diagnosegruppen und PEPP-Entgelte der Jahre 2015 bis 2017.

Die so bestimmte Fallzahlverteilung wird nun im Weiteren für die exemplarische Kalkulation der oben definierten Entlassungspauschalen genutzt und die daraus resultierenden Ergebnisse in den folgenden Abschnitten dargestellt und beschrieben.

6.4. Ergebnisse zur Kalkulation der Entlassungspauschalen

Entlassungspauschale 1

Die Formel zur Berechnung der EP1 lautet:

$$EP\ 1 = (mVWD_p - VWD_i) \times BWR_p \times BW_a$$

Bei dem hier gewählten Beispiel gilt zunächst die Annahme, dass die Behandlungsfälle im Mittel drei Tage (VWD_i) vor der mittleren Verweildauer ($mVWD_p$) des jeweiligen PEPP-Entgeltes (siehe Tabelle 6.3. Spalte $mVWD_p$) entlassen werden können. Es wird also für den Entlassungszeitpunkt die Bewertungsrelation des Entlassungstages herangezogen, die drei Tage vor der mittleren Verweildauer gilt und dann entsprechend der Formel für die EP 1 mit drei multipliziert.

Die Tabelle 6.8. fasst die Ergebnisse der Kalkulation für die Entlassungspauschalen der Entgeltkataloge 2013 bis 2017 zusammen. Die aus dieser Kalkulation resultierenden Ergebnisse sind für die Entlassungspauschale 1 ausführlich in den Tabellen 9.7. bis 9.11. im Anhang dargestellt.

Betrachtet man die Ergebnisse für 2013, so ergibt sich aus der InEK-Kalkulation nach Rundung für die durchschnittliche Verweildauer ein Mittelwert der zugehörigen PEPP-Entgelte von 27 Tagen. In dem hier kalkulierten Beispiel (Subtraktion von 3 Tagen) wird also angenommen, dass die Fälle im Mittel nach 24 Tagen entlassen werden können und die Bewertungsrelationen des 24. Tag dann gelten würde.

Die gemittelte Bewertungsrelation der ausgewählten PEPP-Entgelte weist damit einen Wert von 0,9009 auf und liegt unter dem Wert 1, der in einer solchen Vergütungssystematik eine Art Richtfunktion hat, da er der Summe des Basisfallwertes entspricht. Beim Tagesfall Mix findet sich ein gemittelter Wert von 2,7026. Die hier ausgewählten PEPP-Entgelte weisen damit für drei Tage eine durchschnittliche summierte Bewertungsrelation von 8,6890 auf. Wird für jedes PEPP-Entgelt der Wert in Euro berechnet und auch die entsprechende Fallzahl berücksichtigt, dann resultiert ein Gesamtwert von ca. 2 Millionen Euro als EP1-Budget (obere Drittel der Tabelle 6.8.).

Für den Entgeltkatalog 2014 ergeben sich einige Änderungen im Vergleich zu 2013. Sie passen zu jenen, die auch schon bei der Darstellung der Stichprobe auffielen. Zunächst einmal findet sich eine $mVWD_p$ für die ausgewählten PEPP-Entgelte von 25 Tagen, nach Subtraktion der drei kalkulatorisch angenommenen Tage also eine $mVWD_p$ von 22 Tagen. Hierbei steigt die gemittelte Bewertungsrelation mit 0,9351 etwas an. Folglich steigen auch der gemittelte Tagesfall Mix auf 2,8053 und der summierte Tagesfall Mix. Es resultiert EP1-Budget von ca. 2,1 Millionen Euro (Tabelle 6.8.).

Mit dem Entgeltkatalog 2015 ergeben sich weitere Änderungen im Vergleich zu 2013 und 2014. Die $mVWD_p$ für die ausgewählten PEPP-Entgelte steigt wieder an, auf 26 und nach Subtraktion auf 23 Tage. Auch die gemittelte Bewertungsrelation steigt an, auf einen Wert von 1,0341. In der Folge steigt auch der gemittelte Tagesfall Mix auf nun 3,1041 sowie der summierte Tagesfall Mix auf 10,315, sodass ein EP1-Budget von 2,4 Millionen Euro resultiert (Tabelle 6.8.).

Mit dem Entgeltkatalog 2016 bleibt die $mVWD_p$ für die ausgewählten PEPP-Entgelte weitgehend unverändert, wobei eine tendenzielle Reduktion beim Vergleich der Dezimalstellen auffällt. Die gemittelte Bewertungsrelation steigt hingegen weiter an, auf einen Wert von 1,0410. In der Folge steigt auch der gemittelte Tagesfall Mix auf nun 3,1230 an. Es folgt ein EP1-Budget von 2,4 Millionen Euro (Tabelle 6.8.).

Im Entgeltkatalog 2017 nimmt die $mVWD_p$ weiter gering ab, wobei sie auch nach Rundung unverändert bei 23 Tagen verbleibt. Die Bewertungsrelation sinkt etwas ab,

so auch der gemittelte Tagesfallmix. Hingegen kommt es zu einer geringen Zunahme des summierten Tagesfall Mix und des EP1-Budgets auf nun 2,44 Millionen Euro (Tabelle 6.8.).

Entlassungspauschale 2–3

Die Formel zur Berechnung der EP2-3 lautet:

$$EP\ 2 = 3\ \text{Tage} \times BWR_p \times BW_a$$

Die EP2-3 ist eine Entlassungspauschale bei der die BWR_p des Entlassungstages gilt und mit drei multipliziert wird. Hierbei besteht keine vergleichbare Abhängigkeit zum Entlassungszeitpunkt wie bei der EP1, sodass für die hier vorgenommene exemplarische Kalkulation die mittleren Verweildauern der PEPP-Entgelte ($mVWD_p$) entsprechend der InEK-Kalkulation herangezogen wurden.

Auch für die EP2-3 sind die Ergebnisse der Kalkulation ausführlich im Anhang in den Tabellen 9.12. bis 9.16. aufgeführt.

Aus dem mittleren Bereich der Tabelle 6.8. ergeben sich zusammenfassend die folgenden Ergebnisse. Für den Entgeltkatalog 2013 gilt nun für die Verweildauer ein Mittelwert der zugehörigen PEPP-Entgelte von 27 Tagen. Die gemittelte Bewertungsrelation der ausgewählten PEPP-Entgelte weist damit einen gleichen Wert wie bei der EP1 auf. Beim Tagesfall Mix, dem summierten Tagesfall Mix und dem EP2-3-Budget ergeben sich folglich die gleichen Werte wie bei der Berechnung der EP1 der Fall (siehe Tabelle 6.8.).

Auch für den Entgeltkatalog 2014 ergeben sich die gleichen Werte wie schon bei der EP1-Berechnung. Die $mVWD_p$ für die ausgewählten PEPP-Entgelte weist einen Wert von 25 Tagen auf. Die gemittelte Bewertungsrelation steigt auf 0,9351 etwas an, was als Folge auch zu einem steigenden gemittelten Tagesfall Mix von 2,8053 und einem steigenden summierten Tagesfall Mix führt. Das EP2-3-Budget führt zu einer Summe von 2,1 Millionen (Tabelle 6.8.).

Mit dem Entgeltkatalog 2015 ergeben sich für die EP2-3 anderer Werte als im Vergleich zu der EP1 in 2015. Die $mVWD_p$ für die ausgewählten PEPP-Entgelte liegt bei 26 Tagen, unverändert wie bei der EP1 im Katalog 2015. Hingegen steigt die gemittelte Bewertungsrelation von 2014 auf 2015 weniger deutlich an als bei der EP1 und erreicht einen Wert von 1,0283. Damit nehmen auch der gemittelte Tagesfall Mix und der summierte Tagesfall Mix im Vergleich zu 2014 auf 3,0850 weniger deutlich zu als im vergleichbaren Zeitraum bei der EP1. Es resultiert daraus ein errechnetes EP2-3-Budget von 2,4137 Millionen, was ebenfalls etwas geringer ist als bei der EP1 (Tabelle 6.8.).

Mit dem Entgeltkatalog 2016 kommt es im Vergleich zu den vorherigen Entgeltkatalogen erneut zu einer geringen Reduktion der $mVWD_p$ für die ausgewählten PEPP-Entgelte, nun auf 26 Tage. Die gemittelte Bewertungsrelation steigt hingegen etwas an, auf einen Wert von 1,0329. In der Folge steigt auch der gemittelte Tagesfall Mix auf nun 3,0988 an, der zu einem aufsummierten Entgeltbetrag von 2,419 Millionen Euro führt (Tabelle 6.8.).

Wird hingegen die Berechnung der EP2-3 mit der EP1 für den Entgeltkatalog 2016 verglichen, dann resultieren in der EP1 jeweils höhere Werte. Der gemittelte Tagesfall Mix weist einen Wert von 3,1230 auf und führt zu einer EP2-3-Summe von 2,440 Millionen Euro (Tabelle 6.8.). Ein ähnlicher Trend zeigt sich für die Ergebnisse aus dem Entgeltkatalog 2017, wobei die $mVWD_p$ etwas sinkt, die Bewertungsrelationen eine dezent abnehmenden Tendenz aufweisen, sich hingegen ein Zuwachs in der Entgeltsumme verzeichnen lässt.

Die Berechnungen der EP1 und EP2-3 ergeben also in den Entgeltkatalogen 2013 und 2014 gleichbleibende Ergebnisse für die aufsummierten Pauschalen, die sich ab dem Entgeltkatalog 2015 zu unterscheiden beginnen.

Entlassungspauschale 2–5

Die Formel zur Berechnung der EP2-5 lautet:

$$EP\ 2 = 5\ \text{Tage} \times BWR_p \times BW_a$$

Die EP2-5 gleicht der EP2-3. Es wird nun die am Entlassungszeitpunkt geltende BWR_p jedoch mit fünf multipliziert. Zudem wird erneut von einer durchschnittlichen Verweildauer entsprechend der InEK-Kalkulation ausgegangen, also auch hier die durch das InEK ermittelten durchschnittlichen Verweildauern genutzt.

Damit ergeben sich keine Änderungen bzgl. der gemittelten BWR der ausgewählten PEPP-Entgelte. Da nun die jeweils am Entlassungstag geltende BWR_p nicht mehr mit drei, sondern mit fünf multipliziert wird, ergeben sich für den gemittelten Tagesfall Mix und den summierten Entgeltbetrag in der Folge höhere Werte als bei der EP2-3. Die Werte sind für die Kataloge 2013 bis 2017 in den Tabellen 6.17. bis 6.21. im Anhang ausführlich aufgelistet, während sich eine Zusammenfassung der Ergebnisse in der Tabelle 6.8. im unteren Drittel findet.

n=3500	2013	2014	2015	2016	2017
Entlassungspauschale 1					
mVWDp	23,95	22,02	23,19	22,84	22,79
BWR	0,9009	0,9351	1,0347	1,0410	1,0398
Tagesfall Mix	2,7026	2,8053	3,1041	3,1230	3,1195
sum. Tagesfall Mix	8.689	9.117	10.315	10.352	10.366
sum. Entgelt (€)	2.047.893	2.148.980	2.431.211	2.440.064	2.443.241
Entlassungspauschale 2-3					
mVWDp	26,95	25,02	26,19	25,84	25,79
BWR	0,9009	0,9351	1,0283	1,0329	1,0304
Tagesfall Mix	2,7026	2,8053	3,0850	3,0988	3,0911
sum. Tagesfall Mix	8.689	9.117	10.241	10.266	10.268
sum. Entgelt (€)	2.047.893	2.148.980	2.413.797	2.419.800	2.420.281
Entlassungspauschale 2-5					
mVWDp	26,95	25,02	26,19	25,84	25,79
BWR	0,9009	0,9351	1,0283	1,0329	1,0304
Tagesfall Mix	4,5044	4,6754	5,1416	5,1646	5,1518
sum. Tagesfall Mix	14.481	15.196	17.068	17.111	17.114
sum. Entgelt (€)	3.413.155	3.581.634	4.022.995	4.033.000	4.033.802

Tabelle 6.8

Zusammenfassende Übersicht der Ergebnisse der Kalkulation der Entlassungspauschalen 1, 2-3 und 2-5 für die Jahre 2013 bis 2017.

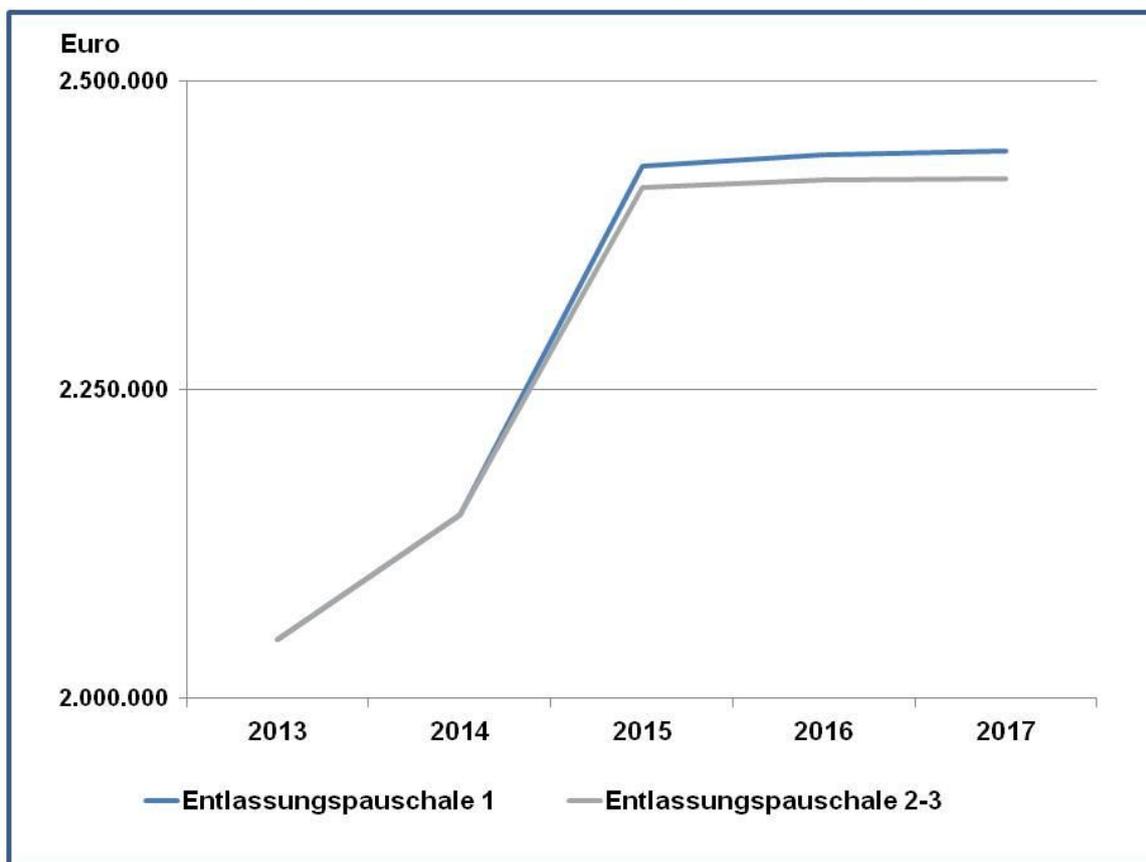


Abbildung 6.6

Graphische Darstellung der Entwicklung des kalkulierten und summierten Entgeltes bzw. Budget der Entlassungspauschale 1 im Vergleich zur Entlassungspauschale 2-3. Es wird deutlich, dass mit der EP1 ab 2015 ein etwas höherer budgetärer Betrag resultiert.

Entlassungspauschale 3

Die Kalkulation der EP3 stellt sich einfach dar, da die BWR_p und VWD_p keinen Einfluss nehmen. Es wird angenommen, dass jedem Behandlungsfall pauschal ein Betrag von 1000 € zum Entlassungszeitpunkt zugerechnet werden kann. Damit folgt bei 3500 Fällen, ein summierter Entgeltbetrag von 3,5 Millionen Euro jeweils für die vier Entgeltkataloge und damit Jahrgänge.

6.4.1. Die Entlassungspauschalen in Bezug zum Gesamtbudget

Es sollen nun die vier Entlassungspauschalen in Relation zu den jeweils daraus resultierenden Gesamtbudgets betrachtet werden.

Bei einer angenommenen Behandlungsfallzahl von 3500 pro Jahr und der dazu gehörenden oben dargestellten ICD-Diagnosen- bzw. PEPP-Entgeltverteilung kann nun für den jeweiligen Entgeltkatalog ein Gesamtbudget errechnet werden.

Vereinfachend war von einer mittleren Verweildauer der Behandlungsfälle ausgegangen worden, die sich an den mittleren Verweildauern der InEK-Kalkulationen aus den Entgeltkatalogen orientiert. Damit lässt sich das Gesamtbudget durch Multiplikation der zu den Entgelten gehörenden Fallzahlen der summierten Tagesfall „Mixe“ und des angenommenen Basisfallwertes (BW_a) errechnen.

Gesamtbudget: $\sum \text{Fallzahl}_i(\text{PEPP}) \times \text{sumTagesfall Mix}_i(\text{PEPP}) \times BW_a$

Es resultiert mit jedem Entgeltkatalog ein Gesamtbudget von ca. 20 Millionen Euro. Die prozentualen Anteile der EP1, EP2-3 und EP2-5 steigen über die Jahre etwas an, während sie bei der EP3 weitgehend unverändert bleiben (Tabelle 6.9.).

Hier sei ergänzt, dass entsprechend der Definition der EP1 eine Abhängigkeit zur Verweildauer vorliegt. Das bedeutet, dass die Summe der EP1 letztlich einen Anteil des Gesamtbudgets darstellt und dieses entsprechend reduziert, während bei den übrigen Entlassungspauschalen (EP2-3, EP2-5 und EP3) diese zunächst kalkulatorisch als zusätzlicher Entgeltanteil vorhanden wären.

Entgelt-katalog	Gesamt-budget	EP1	EP2-3	EP2-5	EP3
2013	20.162.193,02	2.047.892,91	2.047.892,91	3.413.154,85	3.500.000,00
	%-Anteil	10,16	10,16	16,93	17,36
2014	20.914.423,56	2.148.980,28	2.148.980,28	3.581.633,80	3.500.000,00
	%-Anteil	10,28	10,28	17,13	16,73
2015	20.717.042,20	2.431.210,62	2.413.797,22	4.022.995,36	3.500.000,00
	%-Anteil	11,74	11,65	19,42	16,89
2016	20.406.909,26	2.440.063,79	2.419.799,72	4.032.999,53	3.500.000,00
	%-Anteil	11,96	11,86	19,76	17,15
2017	20.301.904,15	2.443.240,50	2.420.281,04	4.033.801,74	3.500.000,00
	%-Anteil	12,03	11,92	19,87	17,24

Tabelle 6.9

Verhältnis der einzelnen Budgets der Entlassungspauschalen (EP1, EP2-3, EP2-5 und EP3) zum Gesamtbudget. Es wird ein geringer Zuwachs von 2013 auf 2014 deutlich, während das Gesamtbudget 2015 bis 2017 wieder abnimmt. Mit der EP1 werden jeweils ca. 10-12 % Anteil des Gesamtbudgets erfasst, wobei dieser Anteil mit jedem Entgeltkatalog etwas ansteigt.

Mit der Systematik der EP2-3 und EP2-5, bei der keine Abhängigkeit zur Verweildauer besteht, werden jeweils 10-12 % und 17-19 % Anteil am Gesamtbudget erfasst. Auch bei den EP2 steigen die jeweiligen Budgets der Entlassungspauschalen stetig an.

6.4.2. Entwicklungen innerhalb der fünf PEPP-Entgeltkataloge

Bei der hier vorgenommenen Kalkulation der sog. Entlassungspauschalen fallen bei Betrachtung des Stichprobenumfangs sowie der Diagnosen- und PEPP-Entgeltverteilung folgende Entwicklungen innerhalb der fünf Entgeltkataloge auf. So lag – entsprechend der gesetzten Definition, dass nur PEPP-Entgelte mit mindestens 1000 Fällen in der InEK-Kalkulation berücksichtigt werden – mit jedem Entgeltkatalog eine größere Gesamtfallzahl vor, die als Referenz für die jeweilige EP-Kalkulation genutzt werden konnte. Die Fallzahlen in der InEK-Kalkulation stiegen von 115.126 im Jahr 2013 auf einen Wert von 194.055 im Jahr 2017 an, was einer Zunahme von ca. 68% entspricht.

Im Entgeltkatalog für 2013 fanden sich insgesamt 14 Entgelte, von denen zehn mehr als 1000 Fälle in der InEK-Kalkulation aufwiesen und daher für die weitergehende Kalkulation der Entlassungspauschalen genutzt wurden. Ab dem Katalog 2014 wurden zwei neue Entgelte eingeführt (PA02C und PA02D), sodass seitdem insgesamt 16 Entgelte im Katalog vorhanden sind, von denen 13 in die EP-Kalkulation eingingen. Ab dem Katalog 2015 konnten dann insgesamt 14 Entgelte berücksichtigt werden. Die PEPP-Entgelte PA01A und PA01B waren zwar bislang in allen Entgeltkatalogen vorhanden, kamen jedoch nie über die Anzahl von 1000 Fällen (siehe Tabelle 9.1. im Anhang) und wurden daher nicht für die Kalkulation der Entlassungspauschalen berücksichtigt.

Die mittlere VWD der PEPP-Entgelte zeigte bei den Katalogen einen leicht schwankenden Verlauf, sodass sie bei Werten um 25-26 Tagen verblieb. Parallel dazu kam es zu einer steten Zunahme der mittleren Tageskosten der PEPP-Entgelte von etwa 240 € auf etwa 250 €.

Die Häufigkeitsverteilung der ICD-Diagnosegruppen weist ab dem Katalog 2014 eine gleichbleibende, zu einer psychiatrischen Klinik passende, Verteilung auf. Hierbei finden sich in absteigender Häufigkeit die Diagnosen der Gruppen F10-F19, F30-F39, F20-F29 und F00-F09, gefolgt von den restlichen Diagnosegruppen. Mit diesen

vier Gruppen werden über 80% der Fälle erfasst. Im Katalog 2013 stand an vierter Stelle die Gruppe der F40-F49 statt der F00-F09. Dies ist am ehesten als Kodiereffekt zu werten, da die Leistungserbringer möglicherweise noch nicht mit dem neuen System so vertraut waren.

Die Häufigkeitsverteilung der PEPP-Entgelte zeigt eine ähnliche Entwicklung. So werden im Katalog 2013 mit vier Entgelten ca. 80% der Fälle erfasst. Ab 2014 werden mit sechs und ab 2016 mit sieben Entgelten über 80% der Fälle erfasst. Diese Veränderungen lassen sich ebenfalls im Sinne eines Kodiereffektes erklären, da das System mit jedem Entgeltkatalog differenzierter als am Anfang genutzt wurde bzw. der Differenzierungsgrad stetig zunimmt. Dies wird durch höhere Gesamtfallzahlen, wie sie in der EP-Kalkulation deutlich wurden und aus den Abschlussberichten des InEK hervorgehen (Abschlussberichte des InEK 2014, S. 87, und 2015, S 83), untermauert.

6.4.3. Anreizwirkungen der Entlassungspauschalen

Mit der exemplarischen Kalkulation der Entlassungspauschalen resultiert in den Entgeltkatalogen 2013 bis 2017 für die EP1 ein Anteil von etwa 10-12 % des Gesamtbudgets. Es kommt gemäß der Definition der EP1 damit zu einem „echten“ Umverteilungsprozess innerhalb des zur Verfügung stehenden Gesamtbudgets, welches insgesamt unverändert bleibt. Bei der EP2-3 und EP2-5 folgen jeweils ca. 10-12 % bzw. 17-19% Anteil bemessen am Gesamtbudget. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um einen Teilbetrag des Gesamtbudgets, wie bei der EP1 der Fall, sondern um einen zusätzlichen budgetären Anteil, der dem Gesamtbudget zunächst zugerechnet würde. Die EP2-3 und EP2-5 generieren also einen zusätzlichen Entgeltanteil, was ebenso für die EP3 gilt, die ein etwa 17%tiges Teilbudget ergibt. Eine Umverteilung innerhalb des vorhandenen Gesamtbudgets findet hierbei nicht statt.

Betrachtet man die Ergebnisse für die EP1 und die EP2-3, die sich per definitionem sehr ähneln, so weisen sie in den Jahren 2013 und 2014 einen gleichen Verlauf auf. Es resultieren gleich hohe BWR, Tagesfall Mixe und gleiche EP-Budgets. Dies ist mit der Systematik der Vergütungsstufen zu erklären. Eine drei Tage frühere Entlassung

führt mit den Katalogen 2013 und 2014 zu keiner Zunahme der Tagesfall Mixe und damit auch zu keinem Zuwachs des EP-Budgets, da innerhalb der Vergütungsstufe die gleiche BWR gilt und diese nicht verlassen wird. Ab der Einführung der Vergütungsklassen mit dem Katalog 2015 ändert sich dies. Vergleicht man ab 2015 das EP1-Budget mit dem der EP2-3, dann kann mit der EP1 ein höherer Betrag generiert werden. Die Differenz zwischen EP1 und EP2-3 nimmt mit den Katalogen ab 2015 von 17.414 Euro auf 22.960 Euro im Katalog 2017 stetig zu.

Die Abhängigkeit von der Verweildauer und damit auch von der jeweils geltenden Bewertungsrelation, wie dies für die EP1 gilt, ergibt einen eindeutigen Anreiz zur Verkürzung der stationären Phase. Je früher die stationäre Behandlung beendet wird, desto größer ist in dieser Kalkulation die Differenz zur mittleren Verweildauer ($mVWD_p$) der zugehörigen PEPP-Entgelte und folglich auch desto höher der zu dieser Differenz gehörende Tagesfall Mix sowie die daraus resultierende Entlassungspauschale. Der Leistungserbringer kann diese Pauschale folglich über die VWD beeinflussen und so das EP1-Budget sowie den damit verbundenen EP1-Erlös steigern.

Hierbei muss jedoch bedacht werden, dass dies bei der EP1 per definitionem nur erreichbar ist, wenn die Fälle immer zu einem bestimmten Zeitpunkt, hier definiert als drei Tage vor der $mVWD$ der PEPP-Entgelte, entlassen werden können. Wird diese Perspektive der VWD-Abhängigkeit der EP1 unter Berücksichtigung der gesamten PEPP-Entgeltsystematik gesehen, folgt daraus, dass durch eine solche Abhängigkeit und die jährliche Anpassung des Systems, systemintern ein Anreiz entstünde, der eine Verkürzung der mittleren Verweildauer ergeben würde, da die Leistungserbringer mit jedem Jahr von neuem die mittlere Verweildauer unterbieten müssten, um das EP1-Budget in gleicher Höhe zu erreichen oder gar zu steigern. Andernfalls würde sich in absehbarer Zeit die mittlere Verweildauer der Behandlungsfälle des einzelnen Leistungserbringers an die mittlere Verweildauer der PEPP-Entgelte angleichen. Es entstünde eine Sättigung und die zu erreichenden Entlassungspauschalen würden immer kleiner werden. Auch die damit verbundenen Anreizwirkungen würden abgeschwächt werden.

Ein solcher Anreiz zur Verkürzung der Behandlungsdauer entsprechend der EP1-Systematik würde für alle Fälle, die nicht vor der mittleren Verweildauer entlassen

werden können, keine Pauschale ergeben. Diese Behandlungsfälle ließen sich in einem solchen System u.a. über einen Ausgleich durch entsprechend früher entlassene „leichtere“ Behandlungsfälle subventionieren, was den Anreiz zur Fallselektion fördert (Beivers und Augurzky 2012, S. 126; Roeder et al., 2014, S. 12). Die Verkürzung der VWD und damit verbunden frei werdende stationäre Plätze würde außerdem zu einer Fallmengenausweitung Anreiz gegeben.

In den fünf Entgeltkatalogen findet sich bislang kein Trend, der auf eine signifikante Abnahme der mittleren Verweildauer hinweist (siehe Spalten $mVWD_p$ der Tabelle 6.3.). Vielmehr bleibt diese auch im hier kalkulierten Beispiel weitgehend unverändert. Dabei muss jedoch bedacht werden, dass mit jedem Jahr der InEK-Stichprobenumfang zunahm, sich so auch die Bezugsgröße in der Entlassungspauschalenkalkulation veränderte und eine mögliche Verweildauerverkürzung durch ein angepasstes Verschlüsselungsverhalten sowie die höhere Gesamtfallzahl innerhalb des Systems bisher ausgeglichen bzw. „verschleiert“ sein könnte. Es muss hierbei außerdem berücksichtigt werden, dass sich die PEPP-Entgelte aktuell noch weiterhin in der Phase der Budgetneutralität befinden.

Die EP2-3 und EP2-5 weisen per Definitionem ebenfalls eine Abhängigkeit zur Bewertungsrelation auf, da die zum Entlassungszeitpunkt geltende Bewertungsrelation entsprechend mit drei oder fünf multipliziert wird und so den Pauschalbetrag steigern kann. Da die EP2 jedoch unabhängig vom Entlassungszeitpunkt gezahlt wird und damit im kalkulatorischen Beispiel unabhängig von der mittleren Verweildauer ist, besteht eine andere Abhängigkeit als bei der EP1. Dennoch führen auch die EP2 zum Anreiz den Pauschalbetrag durch eine frühere Entlassung und höhere geltende BWR zu steigern. Zudem besteht ebenfalls der Anreiz durch frei werdende Kapazitäten die Fallzahl zu steigern.

Es kam in den Katalogen 2013 und 2014 mit den vorhandenen Vergütungsstufen darauf an, zu welchem Zeitpunkt die vollstationäre Behandlung beendet werden konnte. Hierbei bestand ein deutlicher Anreiz möglichst früh aus der stationären Behandlung zu entlassen. Dieser ist durch das große Delta in der BWR zwischen der ersten und zweiten Vergütungsstufe zu erklären (siehe hierzu auch Abbildung 5.16.

im Kapitel 5). Seit dem Entgeltkatalog 2015 mit den Vergütungsklassen und der tagesbezogenen Degression der BWR bis zu einem definierten Tag, ab dem die BWR dann unverändert bleibt (Degressionsendpunkt), ist dieser Anreiz einer frühen Entlassung etwas abgemildert worden. Überschreitet die VWD den Degressionsendpunkt des Entgeltes, dann führt eine frühere Entlassung nicht mehr zu einer Erhöhung der summierten Bewertungsrelation. Die Entlassungspauschale ist damit nicht mehr steigerbar. Können hingegen die Kosten der Behandlung gering gehalten werden, dann besteht hier ein Anreiz zur Verweildauerausweitung, wobei dann jedoch auf einen zusätzlichen Erlös verzichtet werden muss, da Bettenkapazitäten nicht vorzeitig frei werden und diese nicht mit höher bewerteten Fällen wieder belegt werden können.

Bei den EP2 würde es für den Leistungserbringer also interessant und wichtig sein, in Zukunft den Anteil der Behandlungsfälle zu kennen, der während der Behandlungsphase mit höher bewerteten Tagen entlassen werden kann. Damit ließe sich das EP2-Budget steigern. Ein Anreiz zur Entlassung möglichst vor dem Degressionsendpunkt bleibt grundsätzlich bestehen.

Die Systematik der EP3 beinhaltet definitionsgemäß keine Abhängigkeit zur Verweildauer und auch nicht zur Bewertungsrelation der einzelnen PEPP-Entgelte. Vielmehr handelt es sich um einen pauschalen Betrag pro Behandlungsfall, der vorher zwischen Leistungserbringer und Kostenträger vereinbart wurde. Dieser steht fest und wird unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer und damit auch unabhängig von der bei Entlassung geltenden Bewertungsrelation gezahlt. Hierbei findet sich damit der geringste Anreiz die Verweildauer aufgrund des zu erreichenden Pauschalensbetrages zu verändern, da so die Entlassungspauschale nicht gesteigert werden kann. Zwar könnte ein Leistungserbringer den Anreiz darin sehen, sehr früh nach Aufnahme zu entlassen, dann nämlich, wenn die Kosten des kurzen Aufenthaltes über den mit dem PEPP-Entgelt assoziierten Erträgen dieser Tage liegen, aber geringer sind als die vereinbarte EP3. Dies würde jedoch vermutlich lediglich für Behandlungsfälle gelten, die nicht länger als 3-4 Tage behandelt werden müssen.

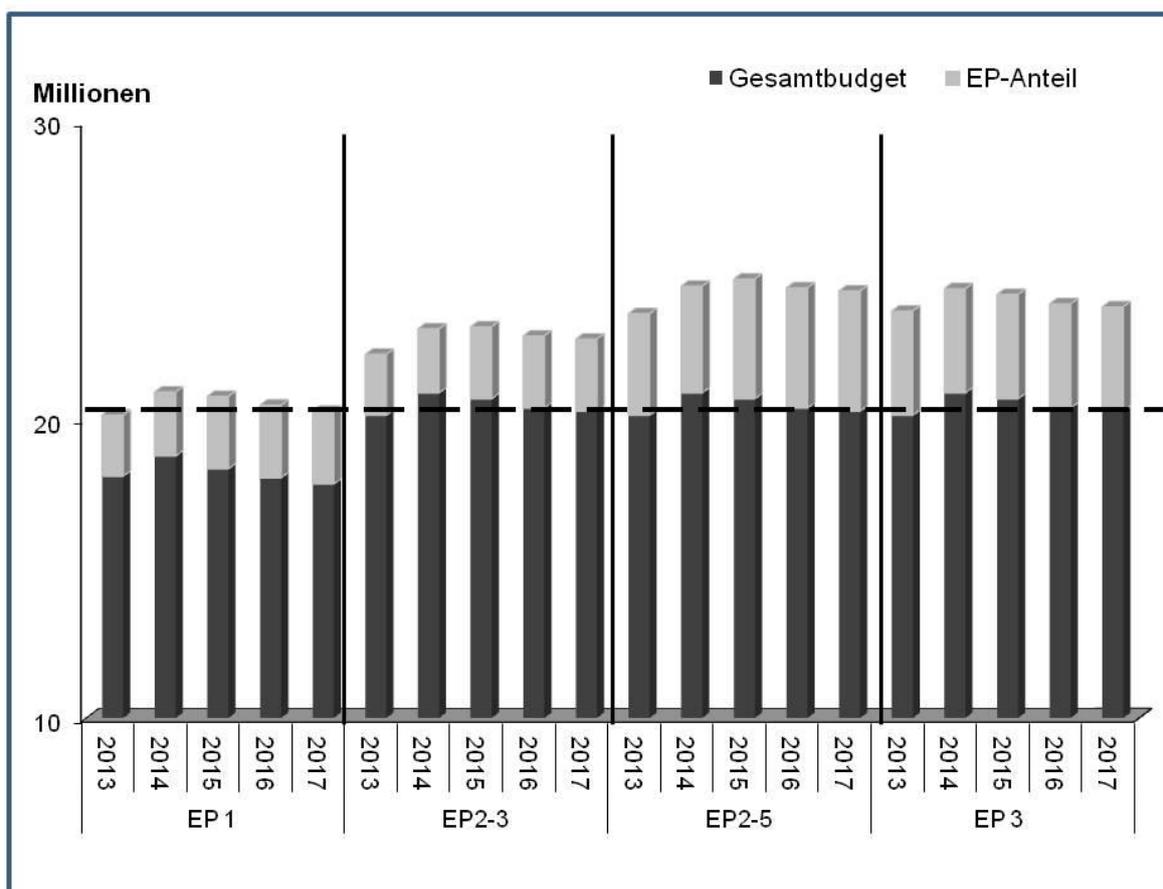


Abbildung 6.7

Als Säulen sind die Gesamtbudgets dargestellt. Hierbei stellen die hellgrauen Säulenabschnitte den Anteil der Entlassungspauschalen dar. Im Falle der EP1 wird der Anteil am Gesamtbudget deutlich. Hier findet eine Umverteilung innerhalb des vorhandenen Budgets statt. Bei den EP2-3, EP2-5 und EP3 handelt es sich um zusätzliche Budgetanteile, die auf das Gesamtbudget gerechnet werden müssen. Die gestrichelte Linie symbolisiert die Höhe des Gesamtbudgets der EP1 für den Entgeltkatalog 2013 als Bezugsgröße. (Quelle: eigene Darstellung)

6.4.4. Die Entlassungspauschalen im Hinblick auf die definierten Anforderungen an ein Entgeltsystem für psychiatrische Leistungen

Wie schon im Kapitel 5.4. diskutiert, führt auch die Kalkulation der Entlassungspauschalen nicht dazu, dass mit einer solchen Modifikation der PEPP-Entgelte auf die Patienten, als Konsumenten der Leistungen, Einfluss genommen wird. Insbesondere führt es zu keiner verantwortungsorientierteren Integration des Patienten, wie dies als Anforderung an ein Entgeltsystem definiert wurde.

Die Ergebnisse der EP-Kalkulation, insbesondere im Verlauf der fünf Jahrgänge gesehen, weisen jedoch auf einige Entwicklungen hin und passen in diesem Zusammenhang zu den in der Literatur beschriebenen Veränderungen innerhalb der Entgeltkataloge. So werden die Leistungen in der stationär-psychiatrischen Versorgung insgesamt besser messbar, die Leistungs- und Kostentransparenz erhöht sich. Es wird verdeutlicht, dass die PEPP-Entgeltsystematik ein Mess- und Klassifikationssystem darstellt.

Damit ergibt sich am Beispiel der Entlassungspauschalen für die Leistungserbringer die Möglichkeit, die eigenen Produktionsfaktoren innerhalb eines definierten Leistungsprozesses detaillierter analysieren zu können, als dies mit der früheren Systematik der Fall war. Es ist denkbar, auf dieser Ebene individuell verhandelbare Versorgungsstrukturen mit den Kostenträgern abzustimmen, während gleichzeitig die Leistungseinheiten des PEPP-Entgeltsystems grundsätzlich und überregional mit anderen Anbietern vergleichbar bleiben. Das EP-Budget könnte dann, wie in diesem Beispiel dargestellt, für vollstationäre, teilstationäre oder ambulante Leistungen genutzt werden, was weitere Anreizwirkungen mit sich bringt, bspw. für eine sektorenübergreifende Versorgung.

Auch beim Beispiel der Entlassungspauschalen fehlt eine im System integrierte entgeltrelevante Qualitätskomponente, die alle Beteiligten dazu motiviert qualitätsorientiert die Versorgung zu optimieren, wie dies ebenfalls als Anforderung definiert wurde. Dies liegt an der bisherigen grundsätzlichen Ausrichtung des PEPP-Entgeltsystems und daran, dass für die exemplarische EP-Kalkulation die

vorhandenen Regelungen genutzt und diese lediglich modifiziert wurden, ohne neue Variablen, wie bspw. abhängige Qualitätsindikatoren, einzufügen. Das Beispiel der Entlassungspauschalen verdeutlicht jedoch den Einfluss der VWD als eine abhängige Variable in diesem System und die damit einhergehenden Wirkungen, wie u.a. den Anreiz zur Verweildauerkürzung.

Wird in dieser Betrachtung die in der PEPP-Entgeltsystematik vorhandene sog. Fallzusammenführung berücksichtigt, dann könnten die Entlassungspauschalen indirekt dazu Anreiz geben, das damit generierte Teilbudget für die poststationäre Behandlung und den damit verbundenen Einsatz der Produktionsfaktoren an den dann therapeutisch notwendigen Rahmen anzupassen.

Dies sei mit der folgenden Überlegung verdeutlicht. Entsprechend der Regelung der Fallzusammenführung müssen zwei in einem definierten Abstand erfolgende stationäre Behandlungen desselben Falles zu einem Fall zusammengeführt werden. Dies führt in der Folge zu einer Erhöhung der Verweildauer und damit verbunden zu einer Reduktion der tagesbezogenen Bewertungsrelation. In der Folge nimmt dann auch der Tagesfall Mix und der Gesamterlös in Relation dazu ab. Mit der Entlassungspauschale gäbe es einen indirekten Anreiz den Patienten auch nachstationär seinen Bedürfnissen entsprechend möglichst optimal zu versorgen, sodass dieser nicht innerhalb der definierten Frist der Fallzusammenführung erneut stationär behandelt werden müsste. Diese Systematik könnte insbesondere für wiederholt aufgenommene Fälle, die sog. „Drehtürpatienten“, eine Bedeutung bekommen.

Hierzu gehört auch aus klinischer Perspektive das definierte Qualitätsziel, dass psychisch kranke Menschen nur so lange stationär behandelt werden wie es notwendig ist und so früh wie möglich in das häusliche Umfeld entlassen werden.

Gleichzeitig muss daran erinnert werden, dass auch eine solche individuelle Anpassung des Systems weiterhin einige Anteile aufweist, die die Beteiligten dazu verleiten können, auf den eigenen Vorteil fokussiert zu handeln.

Es wird dennoch deutlich, dass in der aktuellen Ausgestaltung der PEPP-Entgelte und damit auch der hier vorgeschlagenen Entlassungspauschalen echte ziel- und qualitätsorientierte sowie auf die Konsumenten abgestimmte Anreizmechanismen

bisher fehlen, die die drei Beteiligten dazu anregen, eine effiziente Ausgestaltung des Produktionsprozesses und damit eine optimale Versorgung zu erreichen.

Die Integration der VWD als eine entgeltrelevante abhängige Komponente in der stationären Behandlungsphase bringt einen weiteren Aspekt mit sich. Je mehr Anreiz zu einer Verkürzung der stationären Behandlungsphase entsteht, desto wichtiger ist für den Leistungserbringer eine gute Standardisierung während der diagnostischen und therapeutischen Prozesse. Dies erfordert in der Folge eine Verbesserung der Strukturqualität. Eine Standardisierung muss zu einer schnellen Diagnosefindung beitragen und möglichst früh in den richtigen medizinisch indizierten therapeutischen Prozess lenken.

Mit der im August 2016 beschlossenen Gesetzesänderung wurde entschieden, dass wie bisher auch in Zukunft krankenhaushausindividuelle Budgets zwischen Leistungserbringer und Kostenträger verhandelt werden (Bühning 2016a, S. 302; Bühning 2016b, S. B1243). Damit wäre es theoretisch denkbar, dass auch in einem solchen Rahmen ein Teilbudget für einen gesonderten Mitteleinsatz und an die Klassifikationsstruktur der PEPP-Entgelte angeglichen abgestimmt werden könnte. Dabei wäre ein Ansatz wie der der Entlassungspauschalen integrierbar und die Leistungserbringer hätten die Möglichkeiten die eigenen Produktionsfaktoren flexibler als bisher einzusetzen.

	EP 1	EP 2	EP 3
Anforderungen an Entgeltsystem			
Verantwortungsorientierte Integration der Patienten	-	-	-
Leistungs- und Kostentransparenz ↑	+	+	(+)
Individuelle vertragliche Gestaltung	+	+	+
Flexibilität der Produktionsfaktoren ↑	+	+	(+)
⇒ Kooperationsbereitschaft zw. Leistungserbringer und Kostenträger ↑	+	+	+
Anreiz zu			
Verweildauerkürzung	++	+	-
Fallselektion	+	+	(+)
Fallmengensteuerung	++	+	+
Umverteilung innerhalb des Gesamtbudgets	+	-	-
Standardisierung ↑	++	+	(+)

Tabelle 6.10

Im oberen Bereich der Tabelle sind die Anforderungen an ein Entgeltsystem zusammengefasst. Die PEPP-Entgelte haben auf den Konsumenten keinen Einfluss. Dieser wird insbesondere nicht mit mehr Verantwortung innerhalb des Behandlungsprozesses integriert. Wie die PEPP-Entgelte können auch die Entlassungspauschalen (EP) zu einer Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz beitragen. Unter der Vorstellung, dass die Regelungen der Entgelte für individualisierte Verträge genutzt werden, folgt hieraus ein Anreiz die Produktionsfaktoren flexibel und angepasst einzusetzen.

Die Entlassungspauschalen führen zu den im unteren Bereich dargestellten Anreizwirkungen. Durch (+) ist eine Bewertung vorgenommen (++ deutliche, + geringe, (+) fragliche, - keine Wirkung). (Quelle: eigene Darstellung)

7. Zusammenfassende Diskussion

Diese Arbeit befasst sich mit der Einführung eines neuen Vergütungssystems für stationär psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Leistungen, den sog. PEPP-Entgelten. Eine solche Betrachtung der damit verbundenen Anreizwirkungen und Folgen zunächst aus theoretischer Perspektive, dann mit Praxisbezug erscheint sinnvoll, da die Einführung einer pauschalierenden Entgeltsystematik einige Veränderungen für die Psychiatrie und Psychosomatik mit sich bringt.

In den Kapiteln 2 und 3 wurde die psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Gesundheitsdienstleistung definiert und eingehender betrachtet, ein Überblick über ökonomische Beziehungsstrukturen und die damit verbundenen Anreizmechanismen gegeben. Es wurde ein theoretisches Modell entwickelt, um Anforderungen an ein stationäres Vergütungssystem für psychiatrische Leistungen abzuleiten.

Im Kapitel 4 wurden Vergütungsstrukturen ausgewählter Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich dargestellt, um sie mit der stationären Vergütung im deutschen Gesundheitswesen in Beziehung zu setzen.

Bei dem Entwicklungsprozess der PEPP-Entgelte werden Auswirkungen deutlich, die für übergeordnete Strukturen des deutschen Gesundheitswesens Folgen und Wirkungen aufweisen, sich jedoch auch innerhalb des Systems auf die beteiligten Akteure im Produktionsprozess psychiatrischer Leistungen auswirken. Dies führt zu den Schlussfolgerungen, von denen die wichtigsten in der Abbildung 7.1. zusammengefasst sind.

Bei den PEPP-Entgelten handelt es sich um ein prospektives Vergütungssystem, das auf einer tagesbezogenen Pauschalierung basiert und einige Parallelen zu den im somatischen Krankenhausbereich geltenden G-DRG aufweist. Es finden sich jedoch auch Unterschiede.

Bei der Betrachtung der aus dem theoretischen Modell abgeleiteten Anforderungen für ein Vergütungssystem, welches die Entgeltverteilung psychiatrischer Leistungen regeln soll, wird deutlich, dass das PEPP-Entgeltsystem diesen Anforderungen

bislang nicht genügt. Die durch die PEPP-Entgelte gesetzten Anreizmechanismen weisen eine nur begrenzte Anreizkompatibilität mit den definierten Anforderungen auf. Hierbei muss daran erinnert werden, dass aus gesundheitsökonomischer Sicht mit einem Entgeltsystem für Gesundheitsdienstleistungen das Ziel verknüpft ist, die Konsumenten dieser Leistungen, also die Patienten, einer optimalen Versorgung zuzuführen (Breyer et al. 2005, S. 382), wobei dies nicht zwangsläufig die finanziell preiswerteste Lösung sein muss. Problematisch ist bei dieser Entwicklung, dass der Patient als wichtigster Produktionsfaktor dieser Leistungen durch die neue Vergütungssystematik auch in Zukunft eine unveränderte Rolle hat. Er wird nicht verantwortungs- und kostenorientiert in den Behandlungsprozess integriert. Die Besonderheit im Dienstleistungsprozess, bei dem vom Konsumenten der Leistungen auch „das Kennen“, „das Können“ und „das Wollen“ hinsichtlich der angestrebten Dienstleistung erwartet werden, findet u.a. systembedingt in der deutschen Versorgungsstruktur faktisch keine Berücksichtigung. Damit ist das Ziel der Optimierung der Versorgung, wie in der Theorie dargestellt, mit den PEPP-Entgelten nicht zu erreichen.

Die neue Entgeltsystematik betrifft damit lediglich die Leistungserbringer und Kostenträger, nicht jedoch die Konsumenten, sodass auch in Zukunft auf Seiten der Patienten die vorhandenen Problembereiche asymmetrischer Informationsverteilungen, einer teils kaum beeinflussbaren und steuerbaren Compliance der Nachfragenden im Behandlungsprozess sowie opportunistische Verhaltensweisen vorhanden sein werden. Zudem findet sich eine zunehmende politische Steuerung des gesamten Systems.

Nicht nur die Informationsbereitstellung untereinander bleibt auch in Zukunft asymmetrisch, sondern auch die mit dem Behandlungsprozess verbundene Verantwortungsübernahme für die jeweiligen Handlungsweisen. Eine Stärkung der Einheit aus Handlung und Haftung (Oberender et al., 2002, S. 149) auch auf Seiten der Konsumenten ist jedoch dringend zu fordern, da damit eine die Transparenz im Produktionsprozess erhöhende Wirkung erzielt werden könnte. Zudem würden die Konsumenten lenkend auf die Leistungserstellung Einfluss haben und mehr Verantwortung übernehmen.

Mit den PEPP-Entgelten kommt es zwar zu einer Steigerung der Leistungs- und Kostentransparenz auf Seiten der Leistungserbringer. Die Patienten werden jedoch auch in Zukunft den Anreiz haben, Leistungen in unbegrenztem Umfang nachzufragen und zu konsumieren, da diese auch weiterhin faktisch kostenlos abgerufen werden können und sich für sie keine Veränderungen im Versicherungsschutz ergeben. Das neue System setzt keinen Anreiz zu mehr Verantwortungsübernahme für die eigenen Handlungsweisen durch den Konsumenten und in Bezug auf das vorhandene Solidarprinzip. Dies wird auch in Zukunft in ein Spannungsfeld aus der Notwendigkeit zu wirtschaftlichem Handeln und individueller Bedürfnisbefriedigung führen.

Eine weitergehende Beteiligung der Patienten innerhalb des Leistungsprozesses als es bisher der Fall ist, wird seit langem aus unterschiedlichen Perspektiven gefordert (Zweifel und Breuer 2002, S. 32; Neubauer und Beivers 2010, S. 42; Beivers und Augurzky 2012, S. 129; Neumann 2014, S. 49; Deges 2015, S. 10; Weßling 2014, S. 7). Hierbei sollte Verantwortung durch den Einzelnen in monetärer und nicht-monetärer Hinsicht übernommen werden. Es sei noch einmal auf die Principal-Agent-Theorie verwiesen. Eine finanzielle Beteiligung des Principal mittels Selbstbeteiligung könnte einen Anreiz zur Verbesserung dessen Compliance im Behandlungsprozess ergeben (Schneider 2002, S. 453). Er könnte darüber auch in einem gewissen Rahmen steuernd auf den Agenten einwirken. Betrachtet man Gesundheitssysteme, die hohe finanzielle Selbstbeteiligungen aufweisen, wie in der Schweiz und den USA, dann fällt jedoch auch auf, dass diese die höchsten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben aufweisen (Osterloh 2015, Seite B1583 und siehe Tabelle 4.2.) und oftmals weniger Leistungen versichert sind, als im Vergleich zu anderen Gesundheitssystemen. Finanzielle Selbstbeteiligungen alleine führen zwar zu mehr Kostenverantwortung auf Seiten der Konsumenten und damit zu einer gewissen Kostenverteilung. Betrachtet man aber die Ausgabenentwicklung dieser Länder, so wird deutlich, dass damit nicht zwangsläufig eine Verbesserung der Effizienz und Optimierung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen verbunden ist. Vielmehr wird hier auch in einem gewissen Rahmen eine Nachfrageinduktion im Sinne der Moral-Hazard-Problematik gefördert. Die weitergehende Verantwortungsübernahme im therapeutischen Prozess auch hinsichtlich nicht-monetärer Anteile, auf individuell definierte Behandlungsziele abgestimmt und eine damit erreichte Ergebnisqualität könnten hier steuernd wirken. Konsumenten der Leistungen könnten im Verlauf des Leistungsprozesses an

definierten Zeitpunkten dahingehend Verantwortung übertragen bekommen, dass sie bspw. verordnete Leistungen als erhalten und umgesetzt dem Leistungserbringer und Kostenträger gegenüber bestätigen (Abbildung 8.1. im Ausblick). Damit würden dann Teilziele im Produktionsprozess messbar sein und die nächsten therapeutischen Schritte könnten, entsprechend der individuellen Behandlungsziele, angepasst werden.

Eine Verteilung der Kostenverantwortung auf alle drei der im Produktionsprozess Beteiligten, wie sie in der Theorie diskutiert wird, erfolgt durch die PEPP-Entgelte nicht.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass insbesondere bei dem Vorliegen einer chronifizierten psychiatrischen Erkrankung es nicht immer möglich sein wird, den Betroffenen in diesem Rahmen umfänglich mit einem Teil der Verantwortung für sein Handeln im Behandlungsprozess einzubeziehen. Insbesondere für diesen Anteil der Patienten könnte dann die in der Literatur diskutierte Instanz eines neutralen Sachwalters sinnvoll werden.

Die Einführung einer neuen Vergütungssystematik, wie die der PEPP-Entgelte, ist also aus vielen Perspektiven keineswegs widerspruchsfrei. Der aktuelle Umsetzungsprozess führt auf das Gesamtsystem bezogen zu mehr Bürokratie, mehr externer Steuerung durch politisch übergeordnete Instanzen, weniger Freiheit auf individuell-institutioneller Ebene, insbesondere auf Ebene der Leistungserbringer und auch der Kostenträger. Der Markt wird weiter reglementiert, marktwirtschaftliche Mechanismen kommen nicht in dem Sinne vergleichbar zur Anwendung.

Trotz Abkehr von dem mit dieser pauschalisierenden Vergütung zunächst angestrebten Festpreissystem und einer nun begrenzten Flexibilität hinsichtlich verhandelbarer Preise wird die im deutschen Gesundheitswesen ohnehin nur gering vorhandene Preisfunktion kaum beeinflusst. Vielmehr gibt es Anreiz zu einer Verlagerung wettbewerblicher Strukturen, was auf theoretischer Ebene mehr Wettbewerb um die Qualität der Leistungen bedingen kann (Neubauer 2006, S. 382). Ein solcher Mechanismus führt jedoch in einem System, in das die Qualität der Leistungen nicht entgeltwirksam integriert ist und auch von den Konsumenten im Rahmen der mangelnden Vergleichbarkeit kaum eingeschätzt werden kann

(Schneider 1998, S. 5; Amelung 2012, S. 48), nur begrenzt zur Optimierung im therapeutischen Leistungsprozess.

Damit bleiben bezogen auf das Gesundheitswesen und die übergeordnete Systematik für alle Beteiligten auch in Zukunft Anreize bestehen, in diesem stark reglementierten Markt letztlich opportunistisch und die vorhandenen Informationsasymmetrien nutzend untereinander zu agieren.

Dies gilt auch, nachdem von politischer Seite im Februar 2016 Eckpunkte zur Weiterentwicklung der PEPP-Entgelte vereinbart und mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) im August 2016 beschlossen wurden (Klever-Deichert et al. 2016, S. 753; Belling 2016, S. 836). Dabei wurde das bisherige Ziel bundeseinheitlicher Basisentgeltwerte ausgesetzt und an Stelle dessen eine Weiterentwicklung hin zu landeseinheitlichen Werten und der Möglichkeit für krankenhausesindividuelle Budgets festgelegt (Bühning 2016a, S. 302; Bühning 2016b, S. B1243). Zwar geht damit ein Anreiz einher, dass die Leistungserbringer und Kostenträger individuell und damit auf regionaler Ebene Budgets verhandeln können. Leistungserbringern entsteht damit die Chance passend zur regionalen Versichertenstruktur zu verhandeln. Dies stellt jedoch keine Neuerung dar, sodass auch in Zukunft jährlich prospektiv ein Erlösbudget verhandelt werden muss. Gleichzeitig bleiben die Klassifikationsstrukturen und –verpflichtungen der PEPP-Entgelte bestehen, da diese auch in Zukunft jährlich fortgeschrieben werden. Eine preisliche Flexibilität, wie sie in Systemen in Großbritannien mit den HRG und den LKF in Österreich vorhanden sind, bei denen auf regionaler Ebene Besonderheiten auch hinsichtlich der Preise berücksichtigt werden können, gibt es bei den PEPP-Entgelten nicht. Die Kalkulation der Entlassungspauschalen als ein hier theoretisch dargestellter Ansatz macht deutlich, dass die vorhandenen Regelungen für solche gesondert verhandelten Verträge genutzt werden könnten.

Die hier vorgestellte Kalkulation der Entlassungspauschalen weist einige Entwicklungen innerhalb der PEPP-Entgeltkataloge und damit verbundene Anreizwirkungen auf. So sind die PEPP-Entgelte im Sinne eines „lernenden Systems“ zwar zunehmend komplexer geworden. Es sind bisherige klassifikatorische Anteile gestrichen worden und neue hinzugekommen, sodass sich ein zunehmender

Differenzierungsgrad abzeichnet. Das System weist eine erste Leistungsorientierung auf, da aufwändige Behandlungsfälle durch die sog. tagesbezogenen Entgelte höher bewertet sind. Dies zeigt sich auch in der Betrachtung der Entlassungspauschen.

Von 2013 auf 2014 wurden zwei zusätzliche Entgelte eingeführt, sodass im PEPP-Entgeltkatalog seitdem 16 Entgelte zur Verfügung stehen. Eine Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer bezogen auf alle PEPP-Entgelte findet sich bislang nicht. Ab 2015 wurde in der klassifikatorischen Systematik mit der Einführung von Vergütungsklassen und zusätzlichen tagesbezogenen Entgelten eine deutliche Veränderung in der Entgeltbemessung vorgenommen. Hiermit wurde der durch die vorhandenen Vergütungsstufen gesetzte Anreiz, die Behandlung möglichst frühzeitig zu beenden, etwas abgemildert.

Die Entlassungspauschalen stellen zwar eine willkürlich definierte Modifikation dar. Es war ein Ziel, dem Leistungserbringer die Möglichkeit zu geben, Entgeltanteile flexibel einsetzen zu können, sodass durch die drei Entlassungspauschalen jeweils unterschiedliche Abhängigkeiten im Behandlungsprozess sowie zum Entgeltwert (dem Basisentgeltwert und der Bewertungsrelation) resultieren. Dies führt zu übergeordneten Anreizwirkungen. Es wird der Anreiz zur Verweildauerkürzung, der durch ein solches prospektives Entgeltsystem grundsätzlich besteht, deutlich. Hierbei bringt die EP1 entsprechend der Definition und der PEPP-Entgeltsystematik den deutlichsten Anreiz zur Verweildauerreduktion mit sich. Dieser Anreiz ist für die EP2 und EP3 geringer ausgeprägt.

So könnte der theoretische Ansatz der Entlassungspauschalen einen Einstieg bieten, auf regionaler Ebene Besonderheiten der Versorgung auch preislich angepasst mit den Kostenträgern zu verhandeln, ähnlich wie dies andere Systeme wie die HRG oder LKF aufweisen.

Zu den Anforderungen für ein Entgeltsystem passend ist die mit den PEPP-Entgelten verbundene Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz. Es erhöht sich die Vergleichbarkeit untereinander, im regionalen wie auch überregionalen Kontext.

Eine Verbesserung am Übergang von stationären zu ambulanten Versorgungsstrukturen wird seit langem gefordert (Hegerl und Friede 2011, S. 765;

Rieser 2015, S. 1061; Berling 2015, S. 47; Gaebel et al., 2013, S. 807; Stoppe 2013, S. 546; Schneider et al., 2013, S. 657; Bühring 2013a, S. A2413; Multmeier und Tenckhoff 2014, S. 111) und ist auch in der Gesetzgebung ab 2009 als übergeordnetes Ziel formuliert (Fritze 2009, S. 486). Deutschland weist jedoch als einziges Land eine ausgeprägte Trennung zwischen ambulantem und stationärem Versorgungssektor auf. Für beide Bereiche gibt es Selbstverwaltungsorgane, die eigene Interessen verfolgen und eine engere Verzahnung zugunsten einer effizienteren Leistungserbringung in der Realität eher bremsen als fördern. Auch hier wird es durch die PEPP-Entgelte keine direkten Veränderungen geben, sodass die sektorale Trennung der Versorgungsbereiche auch in Zukunft eher zu hohen Transaktionskosten beiträgt und eine effiziente Ausgestaltung dieser Leistungsbeziehungen verhindert.

Durch eine Flexibilisierung der budgetierten Mittel im Sinne der hier dargestellten Entlassungspauschalen und eine damit verbundene Flexibilisierung im Leistungsprozess, bestünde zunächst einmal die Möglichkeit, Patienten früher als bisher ins soziale Umfeld zu entlassen und dennoch die Behandlung fortzuführen. Die in der Versorgungsforschung beschriebenen Brüche bei Wechsel aus stationärer in die ambulante Behandlung (Hillienhof 2007, S. 63; Hillienhof 2014, S. 6; Bühring 2010, S. A226; Bühring 2012, S. A1910; MBZ 2012, S. 11; Gaebel et al., 2013, S. 805; Jachertz 2013, Seite 62; Multmeier und Tenckhoff 2014, Seite 110), die durch die sektorale Trennung im therapeutischen Kontext entstehen, könnten reduziert werden.

Der Ansatz der Entlassungspauschalen zeigt, dass es mit der Systematik der PEPP-Entgelte in Zukunft möglich sein wird, für einen Teil der Behandlungsdauer oder der Behandlungsfälle Budgets mit individualisierten Preisen und Strukturen abzustimmen. Dies könnte wettbewerbliche Anteile fördern und in einem gewissen Umfang auch die Nachfrageseite einbeziehen. Über eine Teilflexibilisierung innerhalb des verhandelten Budgets kann der Leistungserbringer auch aus Kostenperspektive sein Portfolio stärken, Spezialisierungen anbieten und so Kunden werben sowie auch binden. Ähnliches würde für die Kostenträger gelten.

Gleichzeitig würde mit einem solchen Denk- und Kalkulationsansatz die grundsätzliche Struktur der PEPP-Entgelte, nämlich mit einer vorhandenen Vergleichbarkeit der Leistungen auf übergeordneter Ebene, nicht komplett verlassen und aufgehoben werden. Benchmarking wird damit auch in Zukunft möglich sein.

Problematisch bleibt hierbei, dass durch die PEPP-Entgelte kein Anreiz geschaffen wird, eine vorher definierte und an den Behandlungsfall angepasste Leistungsqualität entgeltrelevant zu erreichen.

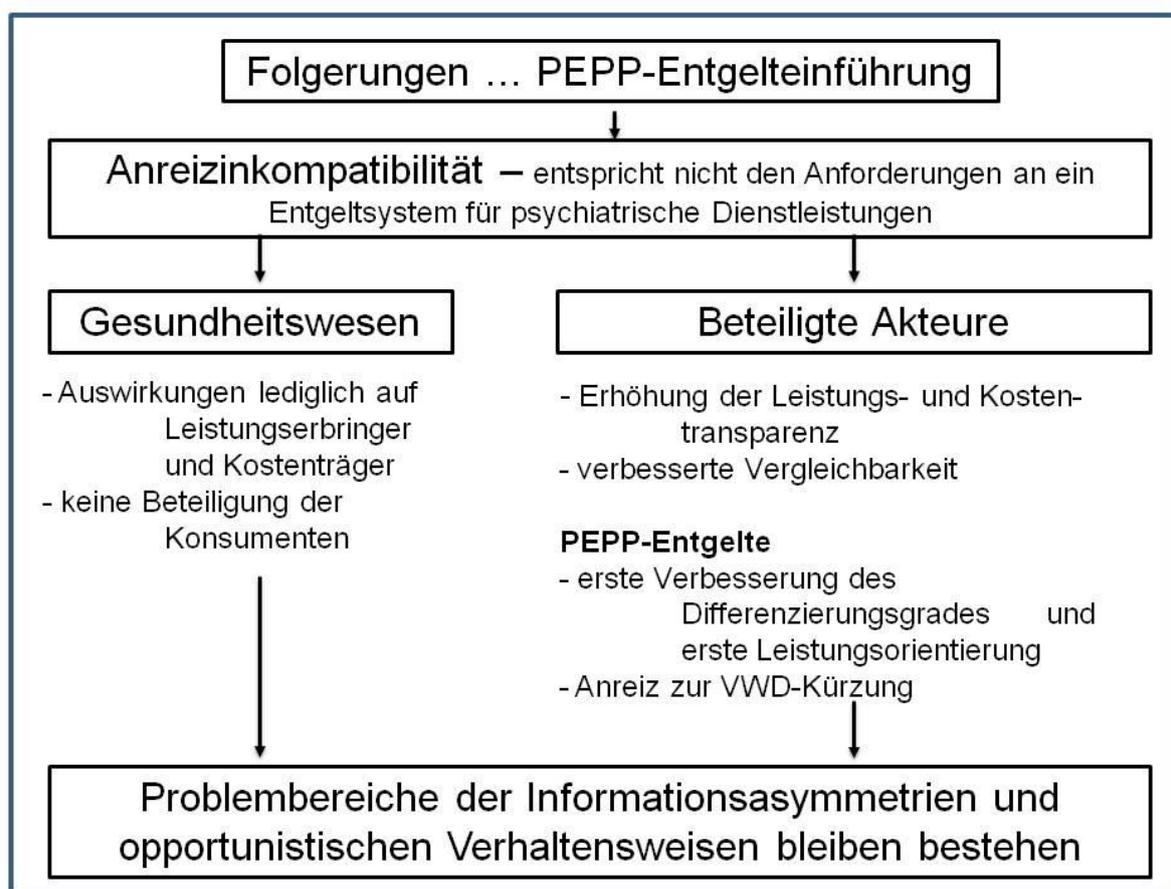


Abbildung 7.1

Die PEPP-Entgelte führen zu einigen Veränderungen, bedingen eine Erhöhung der Transparenz und lassen die Leistungen hinsichtlich der Kosten besser als bisher messbar werden. Dennoch fehlen wichtige Anreizstrukturen, die die Beteiligten im Produktionsprozess dazu motivieren, teamorientierter zusammen zu arbeiten. (Quelle: eigene Darstellung)

8. Ausblick

Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems und damit einer prospektiven Vergütungsstruktur für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen ist kein widerspruchsfreier Prozess. Deutlich wurde im Rahmen dieser Arbeit, dass die PEPP-Entgelte nur sehr begrenzt die hohe Subjektivität und Spezifität im psychiatrisch-psychotherapeutischen Produktionsprozess berücksichtigen. Das deutsche Gesundheitssystem und die damit verbundene prospektive Entgeltsystematik stellt ein äußerst komplexes Gefüge dar, welches zunehmend gesetzgeberisch gelenkt wird. Damit handelt es sich um einen eigenen Markt, in dem eigene Regeln vorhanden sind.

Die PEPP-Entgelte nehmen auf die Patienten keinen Einfluss. Auch wirken sie sich nicht auf die Sozialversicherungsstruktur innerhalb des deutschen Gesundheitswesens aus. Eine Integration der Patienten innerhalb des Produktionsprozesses mit mehr monetärer und nicht-monetärer Verantwortung ist im Hinblick auf eine Optimierung der Versorgung dringend zu fordern. Auch erscheint die Verteilung der Kostenverantwortung auf den Leistungserbringer und Kostenträger sowie eine sachwaltende Instanz für einen Teil der psychisch erkrankten Menschen sinnvoll. Dies geschieht bei der aktuellen Entwicklung jedoch absehbar nicht. Daher bleibt abzuwarten, inwieweit aktuelle Vorgaben des Gesetzgebers (Carstanjen und Voigt 2016, S. 624; Petzold und Eberlein-Gonska 2016, S. 864; Korzilius 2016, S. 1021), die Messung der Qualität innerhalb des Leistungsprozesses zu verbessern, auch auf die Verhaltensweisen der Konsumenten wirken und Einfluss nehmen, sie schließlich mehr einbeziehen.

Es ist anzunehmen, dass eine entgeltrelevante Integration der erreichten Leistungsqualität und mit den Patienten gemeinsam definierte Behandlungsziele zur Optimierung der Versorgung beitragen. Daher sind auch solche Anreizmechanismen zu fordern.

Die Konsumenten der Leistungen müssen im Sinne des Gesamtteamansatzes von Beginn an aktiv in den Behandlungsprozess einbezogen werden, in dem sie diesen aktiv mitgestalten und bspw. dem Leistungserbringer sowie dem Kostenträger gegenüber die vorher gemeinsam abgestimmten und dann auch erhaltenen

Leistungen bestätigen. Die Konsumenten können und müssen damit verantwortungsorientiert steuernd wirken.

Das in Abbildung 8.1. dargestellte Schema zum Ablauf eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsprozesses beschreibt beispielhaft eine solche Strukturierung. Mit der Indikationsstellung (I) zur stationären Behandlung beginnt der Prozess, u.U. sogar vorstationär. Die Diagnostik beinhaltet die Anamnese (AN), Untersuchungen (US), Fragebögen (FR) und ist inhaltlich vom Patienten zu kontrollieren und zu bestätigen. Es werden Ziele und Teilziele (Z) vereinbart, die während der Behandlungsphase durch angepasste Behandlungseinheiten (BE) erreicht werden. Damit wird die Nachfrageseite verpflichtend in den Behandlungsprozess einbezogen, bekommt Verantwortung bei der Erstellung seiner Vorgeschichte (VOR) übertragen, was in der Konsequenz für die therapeutische Arbeit sensibilisieren kann, jedoch auch dem Leistungserbringer hilft, frühzeitig eine komplette Epikrise (EPI = als Resultat des diagnostisch-therapeutischen Prozess) als Dokumentation über die erbrachten Leistungen zu erstellen. In definierten Abständen (Z) bestätigt der Patient den Erhalt und die Umsetzung der Behandlungen dem Leistungserbringer und dem Kostenträger gegenüber. Schließlich kann frühzeitig ein Übergang vom stationären zum ambulanten Behandlungsprozess erfolgen, sofern dies erforderlich ist.

Ein solcher Prozess kann jedoch nur umgesetzt werden, wenn für die Kontrolle von vorher definierten und gemeinsam bestimmten Therapiezielen Messmethoden vorliegen, um die Behandlung und die erreichten Teilziele an den therapeutischen Bedürfnissen des Patienten anzupassen. Damit ist die Entwicklung von Messinstrumenten zu fordern, die eine klinische Beurteilung der Erfolge einzelner Therapieschritte zuverlässig ermöglichen.

Limitiert wird dieser Ansatz durch die mögliche krankheitsbedingte Incompliance psychiatrischer Patienten, die sich dann nicht absichtlich opportunistisch im ökonomischen Sinne verhalten, sondern dies im Rahmen der Grunderkrankung tun. Hierbei wären vertragliche Ausgestaltungen zwischen Leistungserbringer und Kostenträger denkbar, denen dann im Sinne des Teil-Team-Ansatzes eine Rolle vergleichbar einer neutralen sachwaltenden Instanz zu käme. Die mit einer solchen

Behandlung vorhandenen Risiken würden auf den Leistungserbringer und Kostenträger verteilt. Der in der Theorie entwickelte Ansatz der Entlassungspauschalen verdeutlicht, dass die vorhandenen PEPP-Entgeltstrukturen für eine Flexibilisierung im Produktionsprozess genutzt werden können und so auch zu einer vertraglichen Ausgestaltung beitragen.

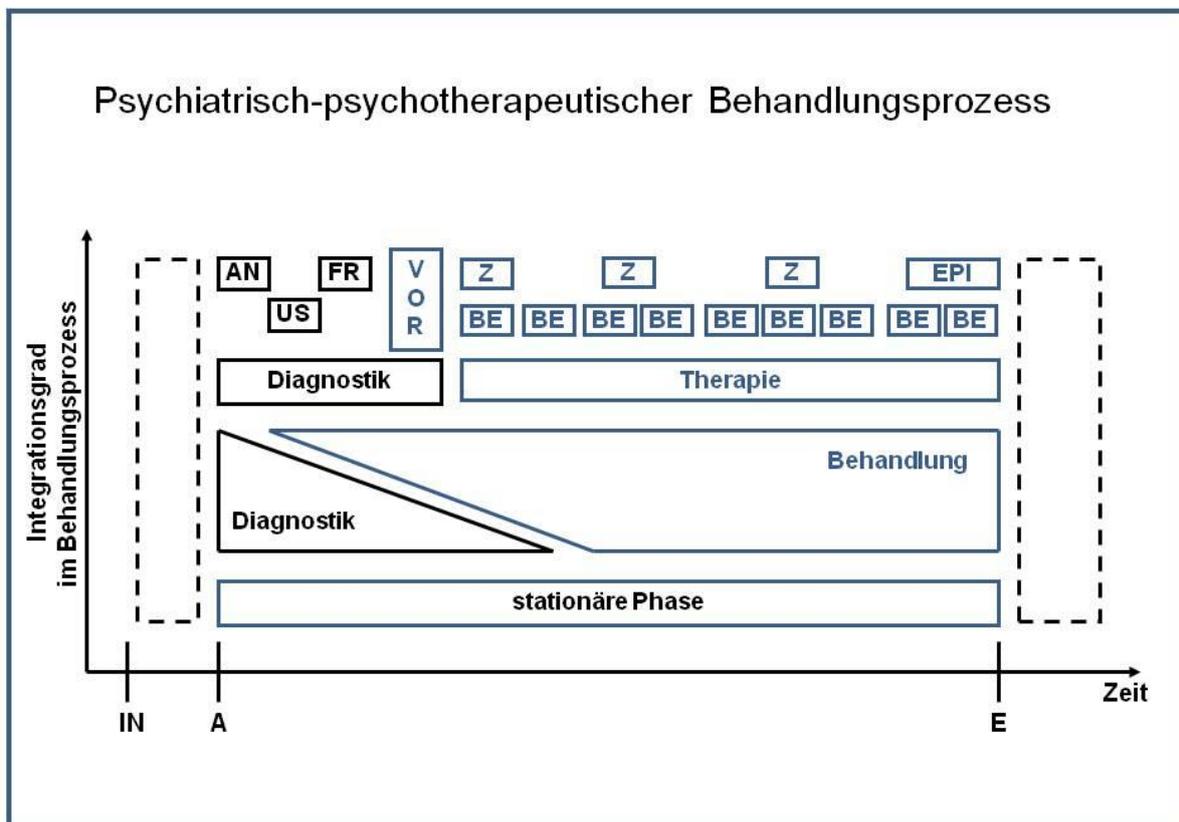


Abbildung 8.1

Schematische Darstellung zur aktiven Integration der Konsumenten in den psychiatrischen Behandlungsprozess. A = stationäre Aufnahme; E = Entlassung.

I = Indikationsstellung; AN = Anamnese; US = Untersuchungen; FR = Fragebögen/Tests; Z = Ziele/Teilziele; BE = Behandlungseinheiten; VOR = Vorgeschichte. (Quelle: eigene Darstellung)

Die Zusammenfassung des Entwicklungsstandes der PEPP-Entgelte und durch die Entlassungspauschalen-Kalkulation wurde der mit den PEPP-Entgelten verknüpfte Anreiz zur Verkürzung der Verweildauer deutlich. Es bleibt abzuwarten inwieweit damit auch Anreize zur Fallmengenausweitung und Fallsektion bzw. eine entsprechende Steuerung bestehen bleiben. Auch hierbei kann die Möglichkeit von Modellprojekten nach § 64 im SGB V gegensteuernd wirken und die Vertragspartner (Leistungserbringer und Kostenträger) zugunsten einer Optimierung der Versorgung zu regional angepassten Versorgungsverträgen motivieren.

Es sind schließlich die in der Abbildung 8.2. formulierten Forderungen als notwendige Schritte zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems unter Berücksichtigung der Integration von Leistungseffizienz und Optimierung der Versorgung zusammenzufassen.

Forderungen

- Verantwortungsorientierte Integration der Patienten/Konsumenten innerhalb des therapeutischen Produktionsprozesses
- Verbesserung der Messbarkeit der Leistungsqualität
 - als Maß für Leistungserbringer und Kostenträger
 - als Maß für leistungs- und qualitätsorientierte Vergütung/Zusatzentgelte
 - Flexibilisierung und Individualisierbarkeit im Leistungsprozess
- Förderung regional adaptierter Budgets i.R. der Verhandlungen von Erlösbudgets
 - Ziel: Verteilung der Kostenverantwortung auf Leistungserbringer und Kostenträger (sowie den Konsument)

Abbildung 8.2

Zu fordern sind Maßnahmen, die einerseits die Rolle des Konsumenten der Leistungen stärkt. Hierbei sollte eine weitgehende Integration der Patienten angestrebt werden. Andererseits sind Maßnahmen zu fordern, die den Leistungserbringern und Kostenträgern Möglichkeiten geben, sich im Rahmen der vorhandenen PEPP-Entgeltsystematik auch auf regionaler Ebene an den Bedarf der Versicherten anzupassen. Hierbei erscheint die Integration einer qualitätsabhängigen Entgeltkomponente am wichtigsten. (Quelle: eigene Darstellung)

Vergleicht man die Gesundheitssysteme untereinander, so wurde deutlich, dass in allen einbezogenen Ländern und den dazu gehörenden Systemen seit Jahren ein Trend hin zu einer prospektiven Vergütungssystematik besteht. Diese Entwicklung ist unabhängig von der jeweiligen Organisationsform, ob staatlich organisiert und damit im Sinne eines öffentlichen Gesundheitsdienstes oder durch Privatversicherungen dominiert. Hierbei scheint die Sozialversicherung im Hinblick auf Kosten- und Leistungsstrukturen dennoch eine günstige viel Potential bietende Variante zu sein. Es ist anzunehmen, dass die vorhandene Mischstruktur unter den Leistungserbringern und Kostenträgern im Sozialversicherungsmarkt letztlich viele wettbewerbliche Anteile aufweist und so zu einer verbesserten Leistungseffizienz beitragen kann.

9. Anhang

	2013	2014	2015	2016	2017
PA01A	<i>333</i>	<i>297</i>	<i>534</i>	<i>622</i>	<i>884</i>
PA01B	<i>391</i>	<i>424</i>	<i>520</i>	<i>593</i>	<i>762</i>
PA02A	3.696	1.273	3.997	6.412	9.547
PA02B	36.068	4.221	5.015	4.760	5.951
PA02C	n.v.	12.361	12.934	13.487	18.226
PA02D	n.v.	21.600	23.607	26.257	29.293
PA03A	3.577	4.719	6.718	7.052	8.450
PA03B	16.817	16.074	18.850	20.144	24.134
PA04A	1.183	2.410	2.819	3.978	4.756
PA04B	8.706	10.147	13.327	13.634	15.622
PA04C	30.589	32.278	39.496	42.099	49.391
PA14A	<i>487</i>	<i>893</i>	1.256	1.709	1.905
PA14B	4.658	4.647	5.396	5.740	6.733
PA15A	2.125	3.926	1.872	2.174	3.837
PA15B	4.403	6.779	9.895	11.253	12.478
PA15C	3.304	2.774	3.935	3.699	3.732

Tabelle 9.1

Aufstellung der Fallzahlen, die vom InEK zur Kalkulation der PEPP-Entgelte berücksichtigt wurden. Kursiv und fett gedruckt sind jene Entgelte, die weniger als 1000 Fälle aufwiesen und daher nicht zur Berechnung der Entlassungspauschalen herangezogen wurden. Deutlich wird wie mit Einführung der Entgelte PA02C und PA02D sich eine große Fallzahl ab 2014 auf nun vier Entgelte verteilte.

ICD	2013		2014		2015		2016		2017	
	PEPP	Fallzahl	PEPP	Fallzahl	PEPP	Fallzahl	PEPP	Fallzahl	PEPP	Fallzahl
F00-09	PA03A	369	PA03A	438	PA03A	533	PA03A	520	PA03A	692
	PA04A	318	PA04A	410	PA04A	608	PA04A	598	PA04A	773
	PA15A	2.125	PA14B	66	PA14A	94	PA14A	182	PA14A	242
	PA15B	4.115	PA15A	3.411	PA14B	81	PA15A	1.780	PA15A	2.892
	PA15C	3.304	PA15B	4.667	PA15A	1.514	PA15B	9.066	PA15B	10.260
			PA15C	2.774	PA15B	7.850	PA15C	3.249	PA15C	3.231
				PA15C	3.865					
		10.231	11.766		14.545		15.395		18.090	
F10-19	PA02A	3.642	PA02A	1.273	PA02A	3.997	PA02A	6.412	PA02A	9.547
	PA02B	34.139	PA02B	4.163	PA02B	5.015	PA02B	4.760	PA02B	5.951
	PA15B	288	PA02C	12.289	PA02C	12.934	PA02C	13.487	PA02C	18.226
			PA02D	19.696	PA02D	23.607	PA02D	26.257	PA02D	29.293
			PA15B	276	PA15C	37	PA15C	450	PA15A	95
									PA15C	501
		38.069	37.697		45.590		51.366		63.613	
F20-29	PA03A	3.208	PA03A	4.281	PA03A	6.185	PA03A	6.532	PA03A	7.758
	PA03B	16.817	PA03B	16.074	PA03B	18.850	PA03B	20.144	PA03B	24.134
			PA04C	59	PA04B	15	PA04C	56	PA04C	133
					PA04C	48				
		20.025	20.414		25.098		26.732		32.025	
F30-39	PA02A	33	PA02B	38	PA04A	1.914	PA04A	2.841	PA04A	3.377
	PA02B	1.118	PA02C	72	PA04B	10.808	PA04B	11.017	PA04B	12.942
	PA04A	749	PA02D	1.117	PA04C	28.728	PA04C	30.462	PA04C	36.959
	PA04B	7.471	PA04A	1.654						
	PA04C	22.397	PA04B	8.616						
			PA04C	23.533						
		31.768	35.030		41.450		44.320		53.278	
F40-49	PA02A	21	PA02B	20	PA04A	297	PA04A	539	PA04A	606
	PA02B	811	PA02D	787	PA04B	2.422	PA04B	2.525	PA04B	2.644
	PA04A	116	PA04A	346	PA04C	10.508	PA04C	11.385	PA04C	12.299
	PA04B	1.235	PA04B	1.531						
	PA04C	8.087	PA04C	8.550						
			10.270	11.234		13.227		14.449		15.549
F50-59	PA04C	105	PA04C	136	PA04B	82	PA04B	92	PA04B	36
	PA14B	110	PA14B	124	PA04C	212	PA04C	196	PA14A	142
					PA14A	137	PA14A	136	PA14B	89
					PA14B	97	PA14B	89		
			215	260		528		513		267
F60-69	PA14B	4.418	PA14B	4.306	PA14A	972	PA14A	1.253	PA14A	1.455
					PA14B	5.057	PA14B	5.501	PA14B	6.415
									PA15A	299
		4.418	4.306		6.029		6.754		8.169	
F90-99	PA14B	130	PA14B	151	PA14A	53	PA14A	138	PA14A	66
					PA14B	161	PA14B	150	PA14B	229
		130	151		214		288		295	
G10-19			PA15A	515	PA15A	358	PA15A	394	PA15A	551
G20-29			PA15B	1.836	PA15B	2.045	PA15B	2.187	PA15B	2.218
G30-39					PA15C	33				
			2.351		2.436		2.581		2.769	
	Summe	115.126	123.209		149.117		162.398		194.055	

Tabelle 9.2

Detallierte Aufstellung der berücksichtigten Fallzahlen bezogen auf die PEPP-Entgelte und mit Berücksichtigung der ICD-Diagnosegruppen.

2013													
Ausgewählte PEPP für die Kalkulation (PEPP mit mind. 1000 Fällen)													
PEPP	mVWDp	Kosten/d	Vergütungsstufe 1			Vergütungsstufe 2			Vergütungsstufe 3			Vergütungsstufe 4	
			von	bis	BWR/d	von	bis	BWR/d	von	bis	BWR/d	von	BWR/d
PA02A	15,4	262,73	1	6	1,4581	7	17	0,9525	18		0,8918		
PA02B	12,7	234,39	1	6	1,3639	7	13	0,7924	14		0,7379		
PA03A	38,3	235,7	1	20	1,1267	21	40	0,9169	41		0,887		
PA03B	34,4	213,01	1	16	1,0243	17	41	0,8391	42		0,8281		
PA04B	34,4	220,59	1	19	1,0547	20	38	0,8473	39		0,8213		
PA04C	30,1	206,16	1	17	1,0299	18	38	0,7722	39		0,755		
PA14B	24,3	223,12	1	9	1,2467	10	30	0,8713	31		0,8027		
PA15A	26,4	294,7	1	10	1,5486	11	20	1,1374	21	32	1,0584	33	1,0411
PA15B	22,9	270,96	1	9	1,4431	10	18	1,0269	19	28	0,9844	29	0,9415
PA15C	23,2	247,91	1	9	1,3598	10	20	0,9393	21	31	0,9057	32	0,8346
2014													
PA02A	16,4	282,2	1	6	1,5339	7	17	1,0732	18		1,0423		
PA02B	15,2	267,96	1	6	1,5107	7	17	0,9938	18		0,9529		
PA02C	16,2	230,79	1	5	1,4806	6	13	0,8439	14		0,7813		
PA02D	11,1	238,83	1	5	1,4806	6	13	0,8439	14		0,7466		
PA03A	38,7	236,07	1	19	1,1354	20	42	0,9509	43		0,9433		
PA03B	33,7	215,95	1	16	1,0682	17	39	0,864	40		0,8516		
PA04A	33,6	248,58	1	16	1,22	17	38	1,0084	39		0,9643		
PA04B	34,8	222,9	1	19	1,0897	20	39	0,8676	40		0,8612		
PA04C	30,5	205,88	1	16	1,0642	17	39	0,787	40		0,7707		
PA14B	25,1	223,14	1	9	1,2463	10	29	0,8854	30		0,85		
PA15A	24,9	299,24	1	10	1,6017	11	20	1,1569	21	32	1,1142	33	1,0837
PA15B	22,3	269,92	1	10	1,524	11	18	0,9694	19	28	0,9236	29	0,9125
PA15C	22,7	253,88	1	10	1,504	11	20	0,9117	21	32	0,8667	33	0,8447

Tabelle 9.3

mVWDp	PA02A	PA02B	PA02C	PA02D	PA03A	PA03B	PA04A	PA04B	PA04C	PA14A	PA14B	PA15A	PA15B	PA15C
16,9	15,9	15,8	11,1	37,6	34,6	38,7	34,8	31,4	28,6	27,6	25	23,3	25,4	
Kosten/d	261,41	245,3	230,87	226,98	235,17	213,66	244,85	225,62	204,46	241,26	217,8	277,39	264,28	244,66
Tag	BEWERTUNGSRELATIONEN-VERGÜTUNGSKLASSEN ENTGELTKATALOG 2015													
1	1,3625	1,34	1,3315	1,3085	1,1751	1,1631	1,3163	1,2105	1,1909	1,3528	1,2048	1,4857	1,4501	1,262
2	1,2934	1,2741	1,2197	1,1931	1,1486	1,0877	1,165	1,1114	1,0734	1,1871	1,0992	1,4327	1,3647	1,2459
3	1,2485	1,2341	1,1928	1,153	1,1412	1,0351	1,1602	1,1045	1,0233	1,154	1,0672	1,3547	1,3442	1,2322
4	1,2338	1,2065	1,1476	1,0934	1,1334	1,0194	1,1521	1,0964	1,0145	1,1436	1,0557	1,3472	1,3273	1,2184
5	1,2232	1,1945	1,1354	1,0505	1,1256	1,0115	1,144	1,0878	1,0061	1,1341	1,0447	1,3373	1,3142	1,2047
6	1,2126	1,1825	1,1232	1,0357	1,1177	1,0042	1,1359	1,0791	0,9977	1,1246	1,0337	1,3275	1,3012	1,191
7	1,2019	1,1705	1,1111	1,0301	1,1099	0,9969	1,1278	1,0704	0,9892	1,1151	1,0227	1,3176	1,2881	1,1772
8	1,1913	1,1585	1,0989	1,0245	1,1021	0,9896	1,1197	1,0618	0,9808	1,1056	1,0117	1,3077	1,2751	1,1635
9	1,1807	1,1465	1,0867	1,0189	1,0943	0,9822	1,1116	1,0531	0,9724	1,0961	1,0006	1,2978	1,262	1,1498
10	1,1701	1,1344	1,0745	1,0133	1,0865	0,9749	1,1034	1,0444	0,9639	1,0866	0,9896	1,288	1,249	1,1361
11	1,1594	1,1224	1,0624	1,0077	1,0786	0,9676	1,0953	1,0358	0,9555	1,0771	0,9786	1,2781	1,236	1,1223
12	1,1488	1,1104	1,0502	1,0021	1,0708	0,9603	1,0872	1,0271	0,9471	1,0676	0,9676	1,2682	1,2229	1,1086
13	1,1382	1,0984	1,038	0,9966	1,063	0,953	1,0791	1,0185	0,9386	1,0581	0,9566	1,2584	1,2099	1,0949
14	1,1276	1,0864	1,0258	0,991	1,0552	0,9457	1,071	1,0098	0,9302	1,0486	0,9455	1,2485	1,1968	1,0811
15	1,1276	1,0744	1,0137	0,9854	1,0474	0,9383	1,0629	1,0011	0,9218	1,0391	0,9345	1,2386	1,1838	1,0674
16	1,1276	1,0623	1,0015	0,9798	1,0395	0,931	1,0548	0,9925	0,9133	1,0391	0,9345	1,2287	1,1707	1,0537
17	1,1276	1,0503	0,9893	0,9742	1,0317	0,9237	1,0548	0,9838	0,9049	1,0391	0,9345	1,2189	1,1577	1,0537
18	1,1276	1,0383	0,9771	0,9686	1,0239	0,9237	1,0548	0,9751	0,8965	1,0391	0,9345	1,209	1,1446	1,0537
19	1,1276	1,0383	0,965	0,963	1,0161	0,9237	1,0548	0,9751	0,888	1,0391	0,9345	1,1991	1,1316	1,0537
20	1,1276	1,0383	0,965	0,9574	1,0161	0,9237	1,0548	0,9751	0,8796	1,0391	0,9345	1,1893	1,1316	1,0537
21	1,1276	1,0383	0,965	0,9518	1,0161	0,9237	1,0548	0,9751	0,8796	1,0391	0,9345	1,1893	1,1316	1,0537
22	1,1276	1,0383	0,965	0,9462	1,0161	0,9237	1,0548	0,9751	0,8796	1,0391	0,9345	1,1893	1,1316	1,0537
23	1,1276	1,0383	0,965	0,9406	1,0161	0,9237	1,0548	0,9751	0,8796	1,0391	0,9345	1,1893	1,1316	1,0537
24	1,1276	1,0383	0,965	0,9406	1,0161	0,9237	1,0548	0,9751	0,8796	1,0391	0,9345	1,1893	1,1316	1,0537
25	1,1276	1,0383	0,965	0,9406	1,0161	0,9237	1,0548	0,9751	0,8796	1,0391	0,9345	1,1893	1,1316	1,0537

Tabelle 9.4

	PA02A	PA02B	PA02C	PA02D	PA03A	PA03B	PA04A	PA04B	PA04C	PA14A	PA14B	PA15A	PA15B	PA15C
mVWD	16,1	15,6	16,1	11,4	38,3	33,4	36,8	34,2	30,8	28,7	26,9	25,1	23,5	24,8
mKosten/d	263,32	254,65	233,01	227,9	240,74	217,64	248,36	292,02	208,67	251,91	221	286,29	272,73	251,75
Tage	BEWERTUNGSRELATIONEN-VERGÜTUNGSKLASSEN ENTGELTKATALOG 2016													
1	1,5002	1,4073	1,3961	1,3603	1,3289	1,2571	1,3185	1,296	1,2225	1,3417	1,271	1,5034	1,4051	1,3384
2	1,3043	1,2937	1,2417	1,1962	1,1386	1,1168	1,2003	1,1094	1,0578	1,285	1,1418	1,4256	1,3672	1,319
3	1,2794	1,2444	1,1741	1,1505	1,1335	1,0718	1,194	1,102	1,0306	1,1551	1,063	1,407	1,3515	1,3011
4	1,2636	1,2178	1,1418	1,0935	1,1273	1,0534	1,1836	1,0946	1,0215	1,146	1,0519	1,3883	1,3371	1,2831
5	1,2477	1,2063	1,1297	1,053	1,121	1,0429	1,1732	1,0873	1,0127	1,1363	1,0458	1,3695	1,3227	1,2652
6	1,2319	1,1948	1,1176	1,0309	1,1148	1,0336	1,1629	1,0799	1,0039	1,1265	1,0398	1,3508	1,3084	1,2473
7	1,2161	1,1833	1,1055	1,0241	1,1085	1,0242	1,1525	1,0726	0,995	1,1168	1,0337	1,3321	1,294	1,2293
8	1,2003	1,1718	1,0934	1,0173	1,1023	1,0149	1,1421	1,0653	0,9862	1,107	1,0276	1,3133	1,2796	1,2114
9	1,1844	1,1603	1,0813	1,0104	1,0961	1,0056	1,1318	1,0579	0,9774	1,0973	1,0216	1,2946	1,2652	1,1934
10	1,1686	1,1488	1,0692	1,0036	1,0898	0,9963	1,1214	1,0506	0,9685	1,0875	1,0155	1,2759	1,2508	1,1755
11	1,1528	1,1374	1,0571	0,9968	1,0836	0,987	1,111	1,0432	0,9597	1,0778	1,0095	1,2571	1,2364	1,1575
12	1,137	1,1259	1,045	0,9899	1,0773	0,9777	1,1007	1,0359	0,9508	1,068	1,0034	1,2384	1,222	1,1396
13	1,1212	1,1144	1,0329	0,9831	1,0711	0,9684	1,0903	1,0285	0,942	1,068	0,9974	1,2197	1,2076	1,1217
14	1,1053	1,1029	1,0208	0,9763	1,0649	0,9591	1,08	1,0212	0,9332	1,068	0,9913	1,2197	1,1932	1,1037
15	1,1053	1,0914	1,0087	0,9694	1,0586	0,9498	1,0696	1,0139	0,9243	1,068	0,9852	1,2197	1,1788	1,0858
16	1,1053	1,0799	0,9966	0,9626	1,0524	0,9404	1,0592	1,0065	0,9155	1,068	0,9792	1,2197	1,1644	1,0678
17	1,1053	1,0684	0,9845	0,9558	1,0461	0,9311	1,0592	0,992	0,9067	1,068	0,9731	1,2197	1,15	1,0678
18	1,1053	1,0569	0,9724	0,9489	1,0399	0,9218	1,0592	0,9918	0,8978	1,068	0,9671	1,2197	1,15	1,0678
19	1,1053	1,0569	0,9602	0,9421	1,0337	0,9218	1,0592	0,9845	0,889	1,068	0,961	1,2197	1,15	1,0678
20	1,1053	1,0569	0,9602	0,9353	1,0274	0,9218	1,0592	0,9771	0,8802	1,068	0,955	1,2197	1,15	1,0678
21	1,1053	1,0569	0,9602	0,9285	1,0212	0,9218	1,0592	0,9698	0,8802	1,068	0,9489	1,2197	1,15	1,0678
22	1,1053	1,0569	0,9602	0,9216	1,0212	0,9218	1,0592	0,9698	0,8802	1,068	0,9429	1,2197	1,15	1,0678
23	1,1053	1,0569	0,9602	0,9148	1,0212	0,9218	1,0592	0,9698	0,8802	1,068	0,9368	1,2197	1,15	1,0678
24	1,1053	1,0569	0,9602	0,9148	1,0212	0,9218	1,0592	0,9698	0,8802	1,068	0,9307	1,2197	1,15	1,0678
25	1,1053	1,0569	0,9602	0,9148	1,0212	0,9218	1,0592	0,9698	0,8802	1,068	0,9247	1,2197	1,15	1,0678

Tabelle 9.5

	PA02A	PA02B	PA02C	PA02D	PA03A	PA03B	PA04A	PA04B	PA04C	PA14A	PA14B	PA15A	PA15B	PA15C
mVWD	15,9	15,6	16,5	10,5	38	32,9	35,5	34,7	30,6	28,1	27	26,6	23,5	25,7
mKosten/d	265,28	257,68	236,98	236,32	249,16	224,15	255,65	233,83	211,95	255,29	225,55	293,58	282,81	259,01
Tage	BEWERTUNGSRELATIONEN-VERGÜTUNGSKLASSEN ENTGELTKATALOG 2017													
1	1,4595	1,3925	1,3795	1,3616	1,2825	1,2458	1,3323	1,3116	1,2343	1,2872	1,2287	1,5342	1,4814	1,3707
2	1,3161	1,2964	1,2706	1,2344	1,223	1,1531	1,2349	1,1541	1,0926	1,1981	1,1318	1,4823	1,4127	1,345
3	1,265	1,2605	1,2135	1,1763	1,2071	1,1084	1,2236	1,1431	1,0517	1,1172	1,0859	1,4402	1,386	1,3274
4	1,2358	1,2188	1,1751	1,1282	1,1914	1,0671	1,211	1,1332	1,0398	1,1049	1,0741	1,4217	1,3631	1,3098
5	1,224	1,2063	1,16	1,0675	1,1758	1,0523	1,1983	1,1232	1,0294	1,0926	1,065	1,4064	1,3416	1,2922
6	1,2122	1,1937	1,145	1,0371	1,1602	1,041	1,1856	1,1132	1,0189	1,0803	1,0558	1,3911	1,3201	1,2746
7	1,2004	1,1811	1,13	1,03	1,1446	1,0306	1,1729	1,1032	1,0085	1,068	1,0467	1,3758	1,2986	1,257
8	1,1886	1,1685	1,1149	1,0229	1,129	1,0203	1,1602	1,0933	0,9981	1,0556	1,0375	1,3605	1,2772	1,2394
9	1,1769	1,1559	1,0999	1,0159	1,1133	1,01	1,475	1,0833	0,9876	1,0556	1,0284	1,3452	1,2557	1,2218
10	1,165	1,1433	1,0848	1,0088	1,0977	0,9997	1,1348	1,0733	0,9772	1,0556	1,0192	1,3299	1,2342	1,2042
11	1,1531	1,1307	1,0698	1,0017	1,0821	0,9893	1,1221	1,0634	0,9667	1,0556	1,0101	1,3146	1,2127	1,1866
12	1,1413	1,1181	1,0548	0,9947	1,0665	0,979	1,1094	1,0534	0,9563	1,0556	1,0009	1,2993	1,1912	1,169
13	1,1295	1,1055	1,0397	0,9876	1,0509	0,9687	1,0967	1,0434	0,9458	1,0556	0,9918	1,284	1,1698	1,1515
14	1,1177	1,0929	1,0247	0,9805	1,0352	0,9583	1,084	1,0335	0,9354	1,0556	0,9826	1,2687	1,1698	1,1339
15	1,1059	1,0804	1,0097	0,9735	1,0352	0,948	1,0714	1,0235	0,9249	1,0556	0,9734	1,2534	1,1698	1,1163
16	1,0941	1,0678	0,9946	0,9664	1,0352	0,9377	1,0587	1,0135	0,9145	1,0556	0,9643	1,2382	1,1698	1,0987
17	1,0823	1,0552	0,9796	0,9593	1,0352	0,9274	1,0587	1,0036	0,9041	1,0556	0,9551	1,2229	1,1698	1,0811
18	1,0823	1,0426	0,9645	0,9523	1,0352	0,9274	1,0587	0,9936	0,8936	1,0556	0,946	1,2076	1,1698	1,0635
19	1,0823	1,0426	0,9495	0,9452	1,0352	0,9274	1,0587	0,9836	0,8832	1,0556	0,9368	1,2076	1,1698	1,0635
20	1,0823	1,0426	0,9495	0,9381	1,0352	0,9274	1,0587	0,9737	0,8727	1,0556	0,9277	1,2076	1,1698	1,0635
21	1,0823	1,0426	0,9495	0,9311	1,0352	0,9274	1,0587	0,9637	0,8727	1,0556	0,9277	1,2076	1,1698	1,0635
22	1,0823	1,0426	0,9495	0,924	1,0352	0,9274	1,0587	0,9637	0,8727	1,0556	0,9277	1,2076	1,1698	1,0635
23	1,0823	1,0426	0,9495	0,9169	1,0352	0,9274	1,0587	0,9637	0,8727	1,0556	0,9277	1,2076	1,1698	1,0635
24	1,0823	1,0426	0,9495	0,9169	1,0352	0,9274	1,0587	0,9637	0,8727	1,0556	0,9277	1,2076	1,1698	1,0635
25	1,0823	1,0426	0,9495	0,9169	1,0352	0,9274	1,0587	0,9637	0,8727	1,0556	0,9277	1,2076	1,1698	1,0635

Tabelle 9.6

PEPP-Entgelte 2013-Entlassungspauschale 1							
PEPP	ICD-Gruppe	Fallzahl	mVWDp	BWR	Tagesfall Mix	sum. Tagesfall Mix	sum. Entgelt (€)
		Fälle (n=3500)					BW=235,7
PA02A	F10-19 F30-39 F40-49	112	12,40	0,9525	2,8575	320,0400	75.433,43
PA02B	F10-19 F30-39 F40-49	1.097	9,70	0,7924	2,3772	2.607,7884	614.655,73
PA02C	nicht vorhanden						
PA02D	nicht vorhanden						
PA03A	F00-09 F20-29	109	35,30	0,9169	2,7507	299,8263	70.669,06
PA03B	F20-29	511	31,40	0,8391	2,5173	1.286,3403	303.190,41
PA04A	F00-09 F30-39 F40-49	36	31,40	0,9694	2,9082	104,6952	24.676,66
PA04B	F30-39 F40-49	265	31,40	0,8473	2,5419	673,6035	158.768,34
PA04C	F30-39 F40-49 F50-59	930	27,10	0,7722	2,3166	2.154,4380	507.601,04
PA14A	<1000 Fälle						
PA14B	F50-59 F60-69 F90-99	142	21,30	0,8713	2,6139	371,1738	87.485,66
PA15A	F00-09	64	23,40	1,0584	3,1752	203,2128	47.897,26
PA15B	F00-09 F10-19	134	19,90	0,9844	2,9532	395,7288	93.273,28
PA15C	F00-09	100	20,20	0,9057	2,7171	271,7100	64.042,05
Mittelwert		318	23,95	0,9009	2,7026	789,8688	186.172,08
Summe		3.500	263,50	9,9096	29,7288	8.688,5571	2.047.892,91

Tabelle 9.7

PEPP-Entgelte 2014-Entlassungspauschale 1							
PEPP	ICD-Gruppe	Fallzahl	mVWDp	BWR	Tagesfall Mix	sum. Tagesfall Mix	sum. Entgelt (€)
		Fälle (n=3500)					BW=235,7
PA02A	F10-19	36	13,40	1,0732	3,2196	115,9056	27.318,95
PA02B	F10-19 F30-39 F40-49	120	12,20	0,9938	2,9814	357,7680	84.325,92
PA02C	F10-19 F30-39	351	13,20	0,8439	2,5317	888,6267	209.449,31
PA02D	F10-19 F30-39 F40-49	614	8,10	0,8439	2,5317	1.554,4638	366.387,12
PA03A	F00-09 F20-29	134	35,70	0,9509	2,8527	382,2618	90.099,11
PA03B	F20-29	457	30,70	0,8640	2,5920	1.184,5440	279.197,02
PA04A	F00-09 F30-39 F40-49	69	30,60	1,0084	3,0252	208,7388	49.199,74
PA04B	F30-39 F40-49	288	31,80	0,8676	2,6028	749,6064	176.682,23
PA04C	F20-29 F30-39 F40-49 F50-59	917	27,50	0,7870	2,3610	2.165,0370	510.299,22
PA14A	<1000 Fälle						
PA14B	F00-09 F50-59 F60-69 F90-99	132	22,10	0,8854	2,6562	350,6184	82.640,76
PA15A	F00-09 G30-G39	111	21,90	1,1569	3,4707	385,2477	90.802,88
PA15B	F00-09 F10-19 G30-G39	193	19,30	0,9694	2,9082	561,2826	132.294,31
PA15C	F00-09	78	19,70	0,9117	2,7351	213,3378	50.283,72
Mittelwert		269	22,02	0,9351	2,8053	701,3414	165.306,18
Summe		3.500	286,20	12,1561	36,4683	9.117,4386	2.148.980,28

Tabelle 9.8

PEPP-Entgelte 2015 - Entlassungspauschale 1							
PEPP	ICD-Gruppe	Fallzahl	mVWDp	BWR	Tagesfall Mix	sum. Tagesfall Mix	sum. Entgelt (€)
		Fälle (n=3500)					
							BW=235,7
PA02A	F10-19	94	13,90	1,1276	3,3828	317,9832	74.948,64
PA02B	F10-19	118	12,90	1,0984	3,2952	388,8336	91.648,08
PA02C	F10-19	303	12,80	1,0380	3,1140	943,5420	222.392,85
PA02D	F10-19	554	8,10	1,0245	3,0735	1.702,7190	401.330,87
PA03A	F00-09						
	F20-29	157	34,60	1,0161	3,0483	478,5831	112.802,04
PA03B	F20-29	443	31,60	0,9237	2,7711	1.227,5973	289.344,68
PA04A	F00-09						
	F30-39						
	F40-49	66	35,70	1,0548	3,1644	208,8504	49.226,04
PA04B	F20-29						
	F30-39						
	F40-49						
	F50-59	312	31,80	0,9751	2,9253	912,6936	215.121,88
PA04C	F20-29						
	F30-39						
	F40-49						
	F50-59	928	28,40	0,8796	2,6388	2.448,8064	577.183,67
PA14A	F00-09						
	F50-59						
	F60-69						
	F90-99	29	25,60	1,0391	3,1173	90,4017	21.307,68
PA14B	F00-09						
	F50-59						
	F60-69						
	F90-99	127	24,60	0,9345	2,8035	356,0445	83.919,69
PA15A	F00-09						
	G30-G39	44	22,00	1,1893	3,5679	156,9876	37.001,98
PA15B	F00-09						
	G30-G39	233	20,30	1,1316	3,3948	790,9884	186.435,97
PA15C	F00-09						
	F20-29						
	G30-G39	92	22,40	1,0537	3,1611	290,8212	68.546,56
Mittelwert		250	23,19	1,0347	3,1041	736,7751	173.667,90
Summe		3.500	324,70	14,4860	43,4580	10.314,8520	2.431.210,62

Tabelle 9.9

PEPP-Entgelte 2016 - Entlassungspauschale 1							
PEPP	ICD-Gruppe	Fallzahl	mVWDp	BWR	Tagesfall Mix	sum. Tagesfall Mix	sum. Entgelt (€)
		Fälle (n=3500)					
							BW=235,7
PA02A	F10-19	136	13,10	1,1212	3,3636	464,1768	109.406,47
PA02B	F10-19	103	12,60	1,1144	3,3432	344,3496	81.163,20
PA02C	F10-19	291	13,10	1,0329	3,0987	901,7217	212.535,80
PA02D	F10-19	566	8,40	1,0173	3,0519	1.727,3754	407.142,38
PA03A	F00-09						
	F20-29	152	35,30	1,0212	3,0636	465,6672	109.757,76
PA03B	F20-29	434	30,40	0,9218	2,7654	1.200,1836	282.883,27
PA04A	F00-09						
	F30-39						
	F40-49	86	33,80	1,0592	3,1776	273,2736	64.410,59
PA04B	F30-39						
	F40-49						
	F50-59	294	31,20	0,9698	2,9094	855,3636	201.609,20
PA04C	F20-29						
	F30-39						
	F40-49						
	F50-59	906	27,80	0,8802	2,6406	2.392,3836	563.884,81
PA14A	F00-09						
	F50-59						
	F60-69						
	F90-99	37	25,70	1,0680	3,2040	118,5480	27.941,76
PA14B	F50-59						
	F60-69						
	F90-99	124	23,90	0,9307	2,7921	346,2204	81.604,15
PA15A	F00-09						
	G30-G39	47	22,10	1,2197	3,6591	171,9777	40.535,14
PA15B	F00-09						
	G30-G39	242	20,50	1,1500	3,4500	834,9000	196.785,93
PA15C	F00-09						
	F20-29	80	21,80	1,0678	3,2034	256,2720	60.403,31
Mittelwert		250	22,84	1,0410	3,1230	739,4581	174.290,27
Summe		3.500	319,70	14,5742	43,7226	10.352,4132	2.440.063,79

Tabelle 9.10

PEPP-Entgelte 2017 - Entlassungspauschale 1							
PEPP	ICD-Gruppe	Fallzahl	mVWDp	BWR	Tagesfall Mix	sum. Tagesfall Mix	sum. Entgelt (€)
		Fälle (n=3500)					BWa=235,7
PA02A	F10-19	172	12,90	1,1295	3,3885	583,4688	137.523,59
PA02B	F10-19	107	12,60	1,1055	3,3165	355,9698	83.902,08
PA02C	F10-19	329	13,50	1,0247	3,0741	1.010,5378	238.183,76
PA02D	F10-19	528	7,50	1,0159	3,0477	1.610,1980	379.523,66
PA03A	F00-09						
	F20-29	152	35,00	1,0352	3,1056	473,3097	111.559,10
PA03B	F20-29	435	29,90	0,9274	2,7822	1.211,0466	285.443,69
PA04A	F00-09						
	F30-39						
	F40-49	86	32,50	1,0587	3,1761	272,4452	64.215,34
PA04B	F30-39						
	F40-49						
	F50-59	282	31,70	0,9637	2,8911	814,5973	192.000,58
PA04C	F20-29						
	F30-39						
	F40-49	891	27,60	0,8727	2,6181	2.332,2616	549.714,05
PA14A	F00-09						
	F50-59						
	F60-69						
	F90-99	34	25,10	1,0556	3,1668	108,8075	25.645,93
PA14B	F50-59						
	F60-69						
	F90-99	121	24,00	0,9277	2,7831	337,9719	79.659,98
PA15A	F00-09						
	F10-19						
	F60-69						
	G30-G39	69	23,60	1,2076	3,6228	250,7145	59.093,40
PA15B	F60-69						
	G30-G39	225	20,50	1,1698	3,5094	789,8071	186.157,54
PA15C	G30-G39						
	F00-09	67	22,70	1,0635	3,1905	214,7552	50.617,79
Mittelwert		250	22,79	1,0398	3,1195	740,4208	174.517,18
Summe		3500	319,10	14,5575	43,6725	10.365,8910	2.443.240,50

Tabelle 9.11

PEPP-Entgelte 2013 - Entlassungspauschale 2 - 3							
PEPP	ICD-Gruppe	Fallzahl	mVWDp	BWR	Tagesfall Mix	sum. Tagesfall Mix	sum. Entgelt (€)
		Fälle (n=3500)					BWa=235,7
PA02A	F10-19						
	F30-39						
	F40-49	112	15,40	0,9525	2,8575	320,0400	75.433,43
PA02B	F10-19						
	F30-39						
	F40-49	1.097	12,70	0,7924	2,3772	2.607,7884	614.655,73
PA02C	nicht vorhanden						
PA02D	nicht vorhanden						
PA03A	F00-09						
	F20-29	109	38,30	0,9169	2,7507	299,8263	70.669,06
PA03B	F20-29	511	34,40	0,8391	2,5173	1.286,3403	303.190,41
PA04A	F00-09						
	F30-39						
	F40-49	36	34,40	0,9694	2,9082	104,6952	24.676,66
PA04B	F30-39						
	F40-49	265	34,40	0,8473	2,5419	673,6035	158.768,34
PA04C	F30-39						
	F40-49						
	F50-59	930	30,10	0,7722	2,3166	2.154,4380	507.801,04
PA14A	<1000 Fälle						
PA14B	F50-59						
	F60-69						
	F90-99	142	24,30	0,8713	2,6139	371,1738	87.485,66
PA15A	F00-09	64	26,40	1,0584	3,1752	203,2128	47.897,26
PA15B	F00-09						
	F10-19	134	22,90	0,9844	2,9532	395,7288	93.273,28
PA15C	F00-09	100	23,20	0,9057	2,7171	271,7100	64.042,05
Mittelwert		318	26,95	0,9009	2,7026	789,8688	186.172,08
Summe		3.500	296,50	9,9096	29,7288	8.688,5571	2.047.892,91

Tabelle 9.12

PEPP-Entgelte 2016 - Entlassungspauschale 2 - 3							
PEPP	ICD-Gruppe	Fallzahl	mVWDp	BWR	Tagesfall Mix	sum. Tagesfall Mix	sum. Entgelt (€)
		Fälle (n=3500)					
PA02A	F10-19	138	16,1	1,1053	3,3159	457,5942	107.854,95
PA02B	F10-19	103	15,6	1,0799	3,2397	333,6891	78.650,52
PA02C	F10-19	291	16,1	0,9966	2,9898	870,0318	205.066,50
PA02D	F10-19	566	11,4	0,9968	2,9904	1.692,5664	398.937,90
PA03A	F00-09						
	F20-29	152	38,3	1,0212	3,0636	465,6672	109.757,76
PA03B	F20-29	434	33,4	0,9218	2,7654	1.200,1836	282.883,27
PA04A	F00-09						
	F30-39						
	F40-49	86	36,8	1,0592	3,1776	273,2736	64.410,59
PA04B	F30-39						
	F40-49						
	F50-59	294	34,2	0,9698	2,9094	855,3636	201.609,20
PA04C	F20-29						
	F30-39						
	F40-49						
	F50-59	906	30,8	0,8802	2,6406	2.392,3836	563.884,81
PA14A	F00-09						
	F50-59						
	F60-69						
	F90-99	37	28,70	1,0680	3,2040	118,5480	27.941,76
PA14B	F50-59						
	F60-69						
	F90-99	124	26,90	0,9247	2,7741	343,9884	81.078,07
PA15A	F00-09						
	G30-G39	47	25,1	1,2197	3,6591	171,9777	40.535,14
PA15B	F00-09						
	G30-G39	242	23,5	1,1500	3,4500	834,9000	196.785,93
PA15C	F00-09						
	F20-29	80	24,8	1,0678	3,2034	256,2720	60.403,31
Mittelwert		250	25,84	1,0329	3,0988	733,3171	172.842,84
Summe		3.500	361,70	14,4610	43,3830	10.266,4392	2.419.799,72

Tabelle 9.15

PEPP-Entgelte 2017 - Entlassungspauschale 2 - 3							
PEPP	ICD-Gruppe	Fallzahl	mVWDp	BWR	Tagesfall Mix	sum. Tagesfall Mix	sum. Entgelt (€)
		Fälle (n=3500)					
PA02A	F10-19	172	15,90	1,0941	3,2823	565,1821	133.213,42
PA02B	F10-19	107	15,60	1,0678	3,2034	343,8304	81.040,84
PA02C	F10-19	329	16,50	0,9796	2,9388	966,0611	227.700,61
PA02D	F10-19	528	10,50	1,0017	3,0051	1.587,8910	374.218,77
PA03A	F00-09						
	F20-29	152	38,00	1,0352	3,1056	473,3097	111.559,10
PA03B	F20-29	435	32,90	0,9274	2,7822	1.211,0466	285.443,69
PA04A	F00-09						
	F30-39						
	F40-49	86	35,50	1,0587	3,1761	272,4452	64.215,34
PA04B	F30-39						
	F40-49						
	F50-59	282	34,70	0,9637	2,8911	814,5973	192.000,58
PA04C	F20-29						
	F30-39						
	F40-49	891	30,60	0,8727	2,6181	2.332,2616	549.714,05
PA14A	F00-09						
	F50-59						
	F60-69						
	F90-99	34	28,10	1,0556	3,1668	108,8075	25.645,93
PA14B	F50-59						
	F60-69						
	F90-99	121	27,00	0,9277	2,7831	337,9719	79.659,98
PA15A	F00-09						
	F10-19						
	F60-69						
	G30-G39	69	26,60	1,2076	3,6228	250,7145	59.093,40
PA15B	F60-69						
	G30-G39	225	23,50	1,1698	3,5094	789,8071	186.157,54
PA15C	G30-G39						
	F00-09	67	25,70	1,0635	3,1905	214,7552	50.617,79
Mittelwert		250	25,79	1,0304	3,0911	733,4630	172.877,22
Summe		3500	361,10	14,4251	43,2753	10.268,4813	2.420.281,04

Tabelle 9.16

PEPP-Entgelte 2013-Entlassungspauschale 2 - 5							
PEPP	ICD-Gruppe	Fallzahl	mVWDp	BWR	Tagesfall Mix	sum. Tagesfall Mix	sum. Entgelt (€)
		Fälle (n=3500)					BW=235,7
PA02A	F10-19 F30-39 F40-49	112	15,40	0,9525	4,7625	533,4000	125.722,38
PA02B	F10-19 F30-39 F40-49	1.097	12,70	0,7924	3,9620	4.346,3140	1.024.426,21
PA02C	nicht vorhanden						
PA02D	nicht vorhanden						
PA03A	F00-09 F20-29	109	38,30	0,9169	4,5845	499,7105	117.781,76
PA03B	F20-29	511	34,40	0,8391	4,1955	2.143,9005	505.317,35
PA04A	F00-09 F30-39 F40-49	36	34,40	0,9894	4,8470	174,4920	41.127,76
PA04B	F30-39 F40-49	265	34,40	0,8473	4,2365	1.122,6725	264.613,91
PA04C	F30-39 F40-49 F50-59	930	30,10	0,7722	3,8610	3.590,7300	846.335,06
PA14A	<1000 Fälle						
PA14B	F50-59 F60-69 F90-99	142	24,30	0,8713	4,3565	618,6230	145.809,44
PA15A	F00-09	64	26,40	1,0584	5,2920	338,6880	79.828,76
PA15B	F00-09 F10-19	134	22,90	0,9844	4,9220	659,5480	155.455,46
PA15C	F00-09	100	23,20	0,9057	4,5285	452,8500	106.736,75
Mittelwert		318	26,95	0,9009	4,5044	1.316,4480	310.286,80
Summe		3.500	296,50	9,9096	49,5480	14.480,9285	3.413.154,85

Tabelle 9.17

PEPP-Entgelte 2014-Entlassungspauschale 2 - 5							
PEPP	ICD-Gruppe	Fallzahl	mVWDp	BWR	Tagesfall Mix	sum. Tagesfall Mix	sum. Entgelt (€)
		Fälle (n=3500)					BW=235,7
PA02A	F10-19	36	16,4	1,0732	5,3660	193,1760	45.531,58
PA02B	F10-19 F30-39 F40-49	120	15,2	0,9938	4,9690	596,2800	140.543,20
PA02C	F10-19 F30-39	351	16,2	0,8439	4,2195	1.481,0445	349.082,19
PA02D	F10-19 F30-39 F40-49	614	11,1	0,8439	4,2195	2.590,7730	610.645,20
PA03A	F00-09 F20-29	134	38,7	0,9509	4,7545	637,1030	150.165,18
PA03B	F20-29	457	33,7	0,8640	4,3200	1.974,2400	465.328,37
PA04A	F00-09 F30-39 F40-49	69	33,6	1,0084	5,0420	347,8980	81.999,56
PA04B	F30-39 F40-49	288	34,8	0,8676	4,3380	1.249,3440	294.470,38
PA04C	F20-29 F30-39 F40-49 F50-59	917	30,5	0,7870	3,9350	3.608,3950	850.498,70
PA14A	<1000 Fälle						
PA14B	F00-09 F50-59 F60-69 F90-99	132	25,1	0,8854	4,4270	584,3640	137.734,59
PA15A	F00-09 G30-G39	111	24,9	1,1569	5,7845	642,0795	151.338,14
PA15B	F00-09 F10-19 G30-G39	193	22,3	0,9694	4,8470	935,4710	220.490,51
PA15C	F00-09	78	22,7	0,9117	4,5585	355,5630	83.806,20
Mittelwert		269	25,02	0,9351	4,6754	1.168,9024	275.510,29
Summe		3.500	325,20	12,1561	60,7805	15.195,7310	3.581.633,80

Tabelle 9.18

PEPP-Entgelte 2015 - Entlassungspauschale 2 - 5							
PEPP	ICD-Gruppe	Fallzahl	mVWdp	BWR	Tagesfall Mix	sum. Tagesfall Mix	sum. Entgelt (€)
		Fälle (n=3500)					BW=235,7
PA02A	F10-19	94	16,9	1,1276	5,6360	529,9720	124.914,40
PA02B	F10-19	118	15,9	1,0623	5,3115	626,7570	147.726,62
PA02C	F10-19	303	15,8	1,0015	5,0075	1.517,2725	357.621,13
PA02D	F10-19	554	11,1	1,0077	5,0385	2.791,3290	657.916,25
PA03A	F00-09						
	F20-29	157	37,6	1,0161	5,0805	797,6385	188.003,39
PA03B	F20-29	443	34,6	0,9237	4,6185	2.045,9955	482.241,14
PA04A	F00-09						
	F30-39						
	F40-49	66	38,7	1,0548	5,2740	348,0840	82.043,40
PA04B	F20-29						
	F30-39						
	F40-49						
	F50-59	312	34,8	0,9751	4,8755	1.521,1560	358.536,47
PA04C	F20-29						
	F30-39						
	F40-49						
	F50-59	928	31,4	0,8796	4,3980	4.081,3440	961.972,78
PA14A	F00-09						
	F50-59						
	F60-69						
	F90-99	29	28,6	1,0391	5,1955	150,6695	35.512,80
PA14B	F00-09						
	F50-59						
	F60-69						
	F90-99	127	27,6	0,9345	4,6725	593,4075	139.866,15
PA15A	F00-09						
	G30-G39	44	25	1,1893	5,9465	261,6460	61.669,96
PA15B	F00-09						
	G30-G39	233	23,3	1,1316	5,6580	1.318,3140	310.726,61
PA15C	F00-09						
	F20-29						
	G30-G39	92	25,4	1,0537	5,2685	484,7020	114.244,26
Mittelwert		250	26,19	1,0283	5,1416	1.219,1634	287.366,81
Summe		3.500	366,70	14,3966	71,9830	17.068,2875	4.022.995,36

Tabelle 9.19

PEPP-Entgelte 2016 - Entlassungspauschale 2 - 5							
PEPP	ICD-Gruppe	Fallzahl	mVWdp	BWR	Tagesfall Mix	sum. Tagesfall Mix	sum. Entgelt (€)
		Fälle (n=3500)					BW=235,7
PA02A	F10-19	138	16,1	1,1053	5,5265	762,6570	179.758,25
PA02B	F10-19	103	15,6	1,0799	5,3995	556,1485	131.084,20
PA02C	F10-19	291	16,1	0,9966	4,9830	1.450,0530	341.777,49
PA02D	F10-19	566	11,4	0,9968	4,9840	2.820,9440	664.896,50
PA03A	F00-09						
	F20-29	152	38,3	1,0212	5,1060	776,1120	182.929,60
PA03B	F20-29	434	33,4	0,9218	4,6090	2.000,3060	471.472,12
PA04A	F00-09						
	F30-39						
	F40-49	86	36,8	1,0592	5,2960	455,4560	107.350,98
PA04B	F30-39						
	F40-49						
	F50-59	294	34,2	0,9698	4,8490	1.425,6060	336.015,33
PA04C	F20-29						
	F30-39						
	F40-49						
	F50-59	906	30,8	0,8802	4,4010	3.987,3060	939.808,02
PA14A	F00-09						
	F50-59						
	F60-69						
	F90-99	37	28,7	1,0680	5,3400	197,5800	46.569,61
PA14B	F50-59						
	F60-69						
	F90-99	124	26,9	0,9247	4,6235	573,3140	135.130,11
PA15A	F00-09						
	G30-G39	47	25,1	1,2197	6,0985	286,6295	67.558,57
PA15B	F00-09						
	G30-G39	242	23,5	1,1500	5,7500	1.391,5000	327.976,55
PA15C	F00-09						
	F20-29	80	24,8	1,0678	5,3390	427,1200	100.672,18
Mittelwert		250	25,84	1,0329	5,1646	1.222,1951	288.071,40
Summe		3.500	361,70	14,4610	72,3050	17.110,7320	4.032.999,53

Tabelle 9.20

PEPP-Entgelte 2017 - Entlassungspauschale 2 - 5							
PEPP	ICD-Gruppe	Fallzahl	mVWDp	BWR	Tagesfall Mix	sum. Tagesfall Mix	sum. Entgelt (€)
		Fälle (n=3500)					BWa=235,7
PA02A	F10-19	172	15,9	1,09	5,47	941,97	222.022,37
PA02B	F10-19	107	15,6	1,07	5,34	573,05	135.068,06
PA02C	F10-19	329	16,5	0,98	4,90	1.610,10	379.501,01
PA02D	F10-19	528	10,5	1,00	5,01	2.646,15	623.697,95
PA03A	F00-09						
	F20-29	152	38,0	1,04	5,18	788,85	185.931,84
PA03B	F20-29	435	32,9	0,93	4,64	2.018,41	475.739,48
PA04A	F00-09						
	F30-39						
	F40-49	86	35,5	1,06	5,29	454,08	107.025,57
PA04B	F30-39						
	F40-49						
	F50-59	282	34,7	0,96	4,82	1.357,66	320.000,96
PA04C	F20-29						
	F30-39						
	F40-49	891	30,6	0,87	4,36	3.887,10	916.190,09
PA14A	F00-09						
	F50-59						
	F60-69						
	F90-99	34	28,1	1,06	5,28	181,35	42.743,21
PA14B	F50-59						
	F60-69						
	F90-99	121	27,0	0,93	4,64	563,29	132.766,64
PA15A	F00-09						
	F10-19						
	F60-69						
	G30-G39	69	26,6	1,21	6,04	417,86	98.488,99
PA15B	F60-69						
	G30-G39	225	23,5	1,17	5,85	1.316,35	310.262,57
PA15C	G30-G39						
	F00-09	67	25,7	1,06	5,32	357,93	84.362,98
Mittelwert		250	25,79	1,03	5,15	1.222,44	288.128,70
Summe		3500	361,10	14,43	72,13	17.114,14	4.033.801,74

Tabelle 9.21

10. Literaturverzeichnis

- AACAP (2016). Systems-based Practice Organizational and Financial Structures in Mental Health Systems of Care. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Seiten 1-19.
- Amelung V. (2012). Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. Gabler Verlag, 5. Auflage.
- Auer C. (2010). Evaluierungsbericht: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung 1997 – 2007. Zusammengefasst und koordiniert von Gesundheit Österreich GmbH, im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Seiten 1-147.
- Auffarth I., Busse R., Dietrich D., Emrich H. (2008). Length of Psychiatric Inpatient Stay: Comparison of Mental Health Care Outlining a Case Mix From a Hospital in Germany and the United States of America. German Journal of Psychiatry, 11. Jahrgang, Heft 2, Seiten 40-43.
- Augurzky B., Beivers A., Neubauer G., Schwierz C. (2009). Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Heft 52, Seiten 10-11.
- Awad A., Voruganti L. (2012). Measuring quality of life in patients with schizophrenia: an update. Pharmacoeconomics, 30. Jahrgang, Heft 3, Seiten 183-95.
- BAG (2012). Psychiatrie im Bundesvergleich - Auswertung der Budgetvereinbarungen 2012 sowie weiterer Kennziffern der psychiatrischen Krankenhäuser aus dem Bundesgebiet als interner Krankenhausvergleich gem. § 5 BpflV.
- Baum G. und Jaeger C. (2014). Weiter Reformbedarf. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 31. Jahrgang, Heft 1, Seiten 16-19.
- Bartling H., Luzius F. (2004). Grundzüge der Volkswirtschaftslehre. Verlag Vahlen, 15. Auflage.
- Becker T., Hoffmann H., Puschner B., Weinmann S. (2008). Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Kohlhammer Verlag, 1. Auflage.
- Behner P., Klink A., Visser S., Böcken J., Etgeton S. (2012). Effekte einer gesteigerten Therapietreue: Bessere Gesundheit und höhere Arbeitsproduktivität durch nachhaltige Änderung des Patientenverhaltens. Booz & Company, Seiten 1-23.
- Beine H. (2007). Konzept für ein zukünftiges Entgeltsystem der Krankenhausbehandlung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik für alle Altersgruppen, Seiten 1-7. Aktion Psychisch Kranke; Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland; Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie; Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden MitarbeiterInnen des Pflege- und Erziehungsdienstes

kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen; Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser; Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (vorläufig zugestimmt); Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands; Konferenz der Ärztlichen Leiterinnen und Leiter deutscher Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie „Bundesdirektorenkonferenz“; Ständige Konferenz der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie an deutschen Universitäten; Fachvertreterkonferenz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

- Beivers A., Augurzky B. (2012). Mengendynamik nach Maß. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 29. Jahrgang, Heft 2, Seiten 124-129.
- Belling R. (2010). Die Prognosen verlangen neue Konzepte. Vitos befürchtet Erlöseinbußen und rüstet auf. KU Gesundheitsmanagement, Heft 6, Seiten 29-32.
- Belling R. (2011). Psych-Pretest offenbart Diskussionsbedarf. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 28. Jahrgang, Heft 1, Seiten 61-65.
- Belling R. (2012). Mehr PEP(P) in der Psychiatrie. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 29. Jahrgang, Heft 5, Seiten 530-533.
- Belling R. (2013). Management psychiatrischer Kliniken. Leistungsorientierte Vergütung und strategische Klinikführung. Kohlhammer Verlag. ISBN 978-3-17-021998-4.
- Belling R. (2016). PsychVVG. Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung? f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 33. Jahrgang, Heft 9, Seiten 836-838.
- Berekoven L. (1966). Der Begriff „Dienstleistung“ und seine Bedeutung für eine Analyse der Dienstleistungsbetrieb. In: Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung, 12. Jahrgang, Nr. 4, Seite 314-326.
- Berger M., Falkai P., Maier W. (2012). Arbeitswelt und psychische Belastungen. Burn-out ist keine Krankheit. Deutsches Ärzteblatt, 109. Jahrgang, Heft 5, Seite 212-214.
- Berger M., Adli M., Beine K., Bschor T., Herpertz S., Lauterbach K. (2015). Psychiatrische Versorgung. Das Krankenhaus-Psych-Budget: ein Alternativkonzept. Deutsches Ärzteblatt, 112. Jahrgang, Heft 13, Seite A574-A576.
- Berger M. (2016). Kehrtwende der Großen Koalition in der PEPP-Diskussion. In|Fo|Neurologie & Psychiatrie. 18. Jahrgang, Heft 3, Seite 3.
- Bergers M. (2001). Das momentane Vergütungssystem versus DRG-System. Kinderkrankenschwester 4.
- Berling J. (2015). Viel zu tun. Niedersächsisches Ärzteblatt, 88. Jahrgang, Heft 9, Seite 47.

- Billing A., Thalhammer M., Flaum M. (2003). Hauseigene Kalkulation der DRG-Kosten als Hilfe für die Zukunftsplanung. *f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 20. Jahrgang, Heft 5, Seiten 450-452.
- Billing A., Thalhammer M., Hornung H., Hörterer F., Eißner H., Jauch K., Auburger G. (2005). Die Behandlung von Schwerstkranken ist ein Zuschussgeschäft. *f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 22. Jahrgang, Heft 5, Seiten 472-477.
- Billing A. (2012). Die Fälle-Falle. *f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 29. Jahrgang, Heft 2, Seiten 130-132.
- BKK Faktenspiegel (2012). *Seelische Gesundheit*. Herausgeber: BKK Bundesverband, Mai, Seiten 1-4.
- Blomqvist A. (1991). The Doctor as Double Agent: Information Asymmetry, Health Insurance, and Medical Care. *Journal of Health Economics*, 10, 411-432.
- Böhm K. (2008). Politische Steuerung des Gesundheitswesens. Die Rolle von Korporatismus und Wettbewerb im Krankenhaussektor. *Diskussionspapier 1*, Seiten 1-86.
- Bojke C., Castelli A., Grašič K., Howdon D., Street A. (2016). Productivity of the English NHS: 2013/14 Update. *CHE Research Paper 126*, Seiten 1-68.
- Breyer F., Zweifel P., Kifmann M. (2005). *Gesundheitsökonomik*. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 5. Auflage.
- Bruckenberg E., Klaue S., Schwintowski H. (2005). *Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb*. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York.
- Bühning P. (2002). Psychiatrie-Geschichte. Wendepunkt 1968. *Deutsches Ärzteblatt*, 99. Jahrgang, Heft 1, Seite 29-30.
- Bühning P. (2010). Gegen heimliche Rationierungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 107. Jahrgang, Heft 6, Seite A226.
- Bühning P. (2012). Frühestmöglich wieder arbeiten. *Deutsches Ärzteblatt*, 109. Jahrgang, Heft 39, Seite A1910-1911.
- Bühning P. (2013). Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Keine Gesetze gegen Stress. *Deutsches Ärzteblatt*, 110. Jahrgang, Heft 2, Seite 63.
- Bühning P. (2013a). Psychische Erkrankungen. Besonders hohe Krankheitslast. *Deutsches Ärzteblatt*, 110. Jahrgang, Heft 50, Seite A2412-A2413.
- Bühning P. (2016). Psych-Entgeltsystem. Die Kritik an PEPP hat gefruchtet. *Deutsches Ärzteblatt*, 113. Jahrgang, Heft 9, Seite 307.
- Bühning P. (2016a). Psych-Entgeltsystem. Gröhe verkündet Kehrtwende bei PEPP. *Deutsches Ärzteblatt*, 113. Jahrgang, Heft 8, Seite A 302.

- Bühning P. (2016b). Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser. Individuelle Budgets bleiben. Deutsches Ärzteblatt, 113. Jahrgang, Heft 33-34, Seite A1473-A1474.
- Bundesgesetzblatt 533 (2009). Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen zur Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009. Bundesanzeiger Verlag, Seiten 534-549.
- Busch H. (2015). Qualitätsoffensive im Gesundheitssystem. Das Krankenhaus, Heft 7, Seiten 636-644.
- Busse R., Riesberg A. (2005). Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. ISSN 1020-9077 Vol. 6 No. 9.
- Burgdorf F., Sundmacher L. (2014). Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt, 111. Jahrgang, Heft 13, Seiten 215-223.
- Clade H. (2012). Psychiatrie-Entgeltsystem. Hohe Anforderungen an die Leistungsdokumentation. Deutsches Ärzteblatt, 109. Jahrgang, Heft 20, Seiten A1008-A1009.
- Cotterill P., Thomas F. (2004). Prospective Payment for Medicare Inpatient Psychiatric Care: Assessing the Alternatives. Health Care Financing Review, Volume 26, Heft 1, Seiten 85-101.
- Daumann F. (2011). Grundlagen der Sportökonomie. UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Deges S. (2015). Mehr Tempo. Gesundheitswirtschaft, 9. Jahrgang, Heft 1, Seiten 8-10.
- Deister A., Roick C., Zeichner D. und Ziegler B. (2005). Kein Anreiz zur Fallzahlausweitung. Deutsches Ärzteblatt, 101. Jahrgang, Heft 10, Seiten 444-445.
- Deister A., Heinze M., Kieser C. und Wilms B. (2011). Regionale Verantwortung als Basis für ein zukunftsfähiges Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychotherapie. Strategiepapier für das Netzwerk „Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung“, 09.01.2011.
- Deister A. (2015). Erlösqualität optimieren. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 32. Jahrgang, Heft 4, Seiten 248-251.
- Dietl H.-M. (2007). Transaktionskostentheorie. In: Handwörterbuch der Betriebswirtschaft. Hrsg. von Köhler R., Küpper H.-U. und Pfungsten A. 6. Auflage Schäffer-Poeschel Verlag, Seiten 1750 – 1759.
- Dirschedl P. (2011). Pauschalierende Entgelte für Psych-Leistungen: Internationaler Vergleich. In: Aktion Psychisch Kranke, Weiß P., Kunze H., Roeder N. (Hrsg.).

- Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG. Dokumentation des Expertenworkshops am 04. Juli 2011 in Berlin. Seiten 78-80.
- DKR-Psych (2015). Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik. Allgemeine Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, Version 2016.
- Engelhardt W., Kleinaltenkamp M., Reckenfelderbäumer M. (1993). Leistungsbündel als Absatzobjekte. Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 45. Jahrgang, Seiten 395-426.
- Engler U. und Oliva H. (2001). Aspekte der Implementation von Umstrukturierungskonzepten in der psychiatrischen Versorgung. Abschlussbericht der Projektgruppe „Abbau vollstationärer Kapazitäten durch Ausweitung teilstationärer und ambulanter Behandlung in der Psychiatrie“ mit den Projektstandorten Kassel, Bremen, München, Ingolstadt und Ravensburg.
- Europäische Union (2012). Die Verwaltung der Gesundheitssysteme in den EU-Mitgliedstaaten – Die Rolle der lokalen und regionalen Gebietskörperschaften. Katalognummer: QG-30-11-072-DE-N, ISBN: 978-92-895-0716-5.
- f&w (2006). Pro oder Kontra Festpreissystem. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 23. Jahrgang, Heft 4, Seiten 392 und 394-395.
- f&w (2008). Das G-DR-System 2009: Bereit für das Ende der Konvergenzphase. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 25. Jahrgang, Heft 6, Seiten 618-622.
- f&w (2009). Das G-DR-System 2010: Konsequente Weiterentwicklung im Detail. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 26. Jahrgang, Heft 6, Seiten 580-584.
- f&w (2015). Dem Ziel ein Stück näher. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 32. Jahrgang, Heft 2, Seiten 14-16.
- Fetter R., Mills R., Riedel D., Thompson J. (1977). The Application of Diagnostic Specific Cost Profiles to Cost and Reimbursement Control in Hospitals. Journal of Medical Systems, Vol. 1, Nr. 1, Seiten 137-149.
- Fetter R., Shin Y., Freeman J., Averill R., Thompson J. (1980). Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups. Medical Care, Vol. 18, Nr. 2, Supplement, Seiten 1-53.
- Fischer F., Sidorov S., Lüßem B. (2016). Pay for Performance. Erfahrungen mit der Bewertung medizinischer Leistungsqualität aus den USA. Das Krankenhaus, Heft 3, Seiten 186-189.
- Fischer W. (2013). Universitätsmedizin und DRGs. Eine Recherche in Österreich, Grossbritannien, den Niederlanden und den USA. Herausgegeben vom ZIM –

- Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin, Wolfertswil (SG), ISBN 978-3-905764-07-9.
- Frese E., Heberer M., Hurlebaus T., Lehmann P. (2004). Diagnosis Related Groups (DRG) und kosteneffiziente Steuerungssysteme im Krankenhaus. *zfbf* 56, Dezember, Seiten 737-759.
- Frick U., Barta W., Binder H. (2001). Fallpauschalen in der stationär psychiatrischen Versorgung. Empirische Evaluation im Land Salzburg. *Psychiatrische Praxis*, 28, Sonderheft 1, Seiten S55-S62.
- Frick U., Rössler W. (2003). Finanzierungssysteme und Anreizsysteme in der Suchtbehandlung aus deutscher und schweizerischer Perspektive. *Suchttherapie*, 4, Seiten 18-24.
- Friedl G. und Ott R. (2001). Anreizkompatible Gestaltung von Entgeltsystemen für Krankenhäuser. *Münchner Betriebswirtschaftliche Beiträge*, April 2001.
- Fritze J. (2009). Neue Regelungen für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Krankenhausfinanzierungsreform-gesetz (KHRG). *Der Nervenarzt*, Jahrgang 80, Heft 4, Seiten 485–494.
- Garfield R. (2011). Mental Health Financing in the United States. Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. Seiten 1-46.
- Garg M. (2010). Fit für das neue Psychiatrie-Entgeltsystem. Der Vitos-Konzern investiert in seine IT-Infrastruktur und baut ein Medizin-Controlling auf. *KU Gesundheitsmanagement special, IT im Krankenhaus*, Heft 4, Seiten 14-16.
- Gaebel W., Kowitz S., Fritze J., Zielasek J. (2013). Inanspruchnahme des Versorgungsystems bei psychischen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 110. Jahrgang, Heft 47, Seiten 799-808.
- Gaynor M. (1994). Issues in the Industrial Organization of the Market for Physician Services, NBER Working Paper No. 4695, Cambridge.
- Geissler A., Scheller-Kreinsen D., Busse R. (2009). Das Ziel: Empfehlungen für ein europäisches DRG-System. *KU Gesundheitsmanagement*, Heft 11, Seiten 76-78.
- Geissler A., Quentin W., Scheller-Kreinsen D., Busse R. (2011). Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems. In: Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M. (Hrsg.). *Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press, McGraw-Hill Education. Seiten 9-22.
- Gerst T. (2012). Psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz. Entschlossen gegensteuern. *Deutsches Ärzteblatt*, 109. Jahrgang, Heft 7, Seiten A299.

- GMG – Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), vom 14. November 2003. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 55, ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003.
- Godemann F. (2012). Entgeltkatalog für Psychiatrie und Psychosomatik. Unverständnis und Empörung. Deutsches Ärzteblatt, 109. Jahrgang, Heft 48, Seite A2403.
- Godemann F., Wolff-Menzler C. (2013). Rechtzeitig wechseln. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 30. Jahrgang, Heft 1, Seiten 62-64.
- Godemann F., Wolff-Menzler C., Löhr M., Nitschke R., Salize H.J., Seemüller F., Laengle G., Wolff J., Hauth I. (2015). Berechnung der Personalbemessung bei einer Umsetzung von 100% Psych-PV. Der Nervenarzt, Band 86, Heft 7, Seiten 845-851.
- Gouthier M.H.J. (2000). Patientenentwicklung im Krankenhaus. In: Woratschek H. (Hrsg.). Neue Aspekte des Dienstleistungsmarketing. Deutscher Universitäts-Verlag, 1. Auflage, Seiten 323-358.
- Gottschalk A., Höltje M. (2009). Gesundheitsreformen in den USA. Land der Gegensätze. Deutsches Ärzteblatt, 106. Jahrgang, Heft 40, Seiten A1958-1960.
- Grasic K., Mason A., Street A. (2015). Paying for the quantity and quality of hospital care: the foundations and evolution of payment policy in England. Health Economics Review, 5. Jahrgang, Artikel 15, Seiten 1-10.
- Greiling D. (2010). Krankenhäuser als Dienstleistungsunternehmen. In: Hentze J., Kehres E. (Hrsg.). Krankenhaus Controlling. Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis. Stuttgart, Kohlhammer, 4. Auflage, Seiten 53-66.
- Hänsch H., Wolf-Menzler C. (2014). Türen schließen selbsttätig. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 31. Jahrgang, Heft 5, Seiten 436-439.
- Häring B., Kutschis M., Bleich S. (2013). Das neue Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik – Herausforderungen, Chancen und Risiken einer neuen Leistungsvergütung. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 83. Jahrgang, Seiten 30-38.
- Häusler E. (2012). Die Bankrotterklärung. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 29. Jahrgang, Heft 3, Seiten 244-247.
- Hajen L. (2000). Gesundheitsökonomie: Strukturen, Methoden, Praxisbeispiele. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Hauth I., Deister A. (2015). Budgetbasiertes Entgeltsystem – Alternative zum PEPP. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 32. Jahrgang, Heft 10, Seiten 822-824.

- Hawkes N. (2012). Gesundheitsreform in England. Kritik kommt von allen Seiten. Deutsches Ärzteblatt, 109. Jahrgang, Heft 10, Seiten A466-A467.
- Hegerl U. und Friede M. (2013). Psychische Erkrankungen in Deutschland. Optimierungsspielräume und Handlungsbedarf. Nervenheilkunde, Heft 10, Seiten 762-765.
- Henke K.-D., Göppfarth D. (2010). Das Krankenhaus im System der Gesundheitsversorgung. In: Hentze J., Kehres E. (Hrsg.). Krankenhaus Controlling. Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis. Stuttgart, Kohlhammer, 4. Auflage, Seiten 35-52.
- Hermann R., Mattke S. und andere (2004). Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. OECD HEALTH TECHNICAL PAPERS NO. 17, Seiten 1-35.
- Heuft G., Hildenbrand G., Cuntz U. (2010). Das Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz (KHRG), die Psych-OPS-Ziffern und die neue Entgeltregelung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychiatrie und Psychotherapie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 56. Jahrgang, Seiten 86–105.
- Heumann M., Heiser M. (2012). Zu wenig PEPP für einen Wechsel? f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 29. Jahrgang, Heft 6, Seiten 648-653.
- Hillienhof A. (2007). „Wir werden häufiger in die Klinik einweisen müssen“. Deutsches Ärzteblatt, 104. Jahrgang, Heft 2, Seite 63.
- Hillienhof A. (2014). IGES-Gutachten verweist auf Chancen und Defizite. NeuroTransmitter, 25. Jahrgang, Seiten 6-10.
- Höhmhann H. (2012). Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie. KU Gesundheitsmanagement, Heft 3, Seiten 65-67.
- Hölzel L., Bermejo I., Härter M. (2011). Versorgungsforschung. Geordnetes Entlassmanagement. Deutsches Ärzteblatt, 108. Jahrgang, Heft 19, Seite 63.
- InEK (2010). Kalkulation von Behandlungskosten. Handbuch zur Kalkulation psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen in Einrichtungen gem. § 17d KHG. Version 1.0, 16. November 2010.
- InEK (2014). Abschlussbericht. Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2015. Siegburg, den 18. Dezember 2014.
- InEK (2015). Abschlussbericht. Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2016. Siegburg, den 21. Dezember 2015.
- Irps S., Damian G., Kersting T. (2015). Den Unterbau gestalten. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 32. Jahrgang, Heft 2, S. 22-25.

- IsHak W., Brown K., Aye S., Kahloon M., Mobaraki S., Hanna R. (2012). Health-related quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 14. Jahrgang, Heft 1, Seiten 6-18.
- IsHak W., Greenberg J., Balayan K., Kapitanski N., Jeffrey J., Fathy H., Fakhry H., Rapaport M. (2011). Quality of life: the ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 19. Jahrgang, Heft 5, Seiten 229-39.
- Jachertz N. (2013). Psychische Erkrankungen. Hohes Aufkommen, niedrige Behandlungsrate. *Deutsches Ärzteblatt*, 110. Jahrgang, Heft 7, Seiten 61-62.
- Joumard I., André C., Nicq C. (2010). Health Care Systems: Efficiency and Institutions. OECD Economics, Department Working Papers, No. 769, OECD Publishing.
- Kahn S. und Nowak S. (2014). Background to the 2015/16 proposals for the mental Health payment system. NHS England, Seiten 1-8.
- Katschnig H., Denk P., Scherer M. (2004). Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie Universitätsklinik für Psychiatrie, Wien. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Seiten 1-119.
- KHSG – Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenversorgung (Krankenhausstrukturgesetz) vom 10. Dezember 2015. *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 51*, ausgegeben zu Bonn am 17. Dezember 2015, Seiten 2229-2253.
- Kilbourne A., Keyser D., Pincus H. (2010). Challenges and Opportunities in Measuring the Quality of Mental Health Care. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55. Jahrgang, Heft 9, Seiten 549–557.
- Klever-Deichert G., Rau F., Tilgen M. (2016). PsychVVG. Weiterentwicklung von Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen. *Das Krankenhaus*, Heft 9, Seiten 753-760.
- Kordt M. (2012). DAK-Gesundheitsreport 2012 für Sachsen-Anhalt. Im Auftrag der DAK-Gesundheit erstellt durch das IGES Institut GmbH, Seiten 1-149.
- Korzilius H. (2016). 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes. Zwischen Ökonomie und Qualität. *Deutsches Ärzteblatt*, 113. Jahrgang, Hefte 21, Seiten A1020-1021.
- Krause P., Hartmann G. (2012). Zur Bedeutung der Therapieeinheiten im Entwicklungsprozess des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP). Feier Vortrag bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).

- Kruckenberg P., Aderhold V., Bock T., Deister A., Grampp P., Greve n., Heinze M., Heißler M., Lucht M., Niedermeyer U., Obliers W. (2009). Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung durch ein neues Entgeltsystem. Psychosoziale Umschau Spezial, Heft 4, Seiten 1-4.
- Krüger C. (2015). Psych-Entgeltsystem. Die falsche Antwort. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 32. Jahrgang, Heft 12, Seiten 1036-1038.
- Kunze H. (2013). Die Entwicklung der Psychiatrie im Nachkriegsdeutschland (West), die Folgen des Nationalsozialismus und mein beruflicher Werdegang. In: Schneider F. (Hrsg.) Irgendwie kommt es anders – Psychiater erzählen. Springer Medizin. Berlin, Heidelberg, S. 139-148.
- Kunze H., Schepker R., Heinz A. (2013). Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik. Wohin kann der Weg gehen? Deutsches Ärzteblatt, 110. Jahrgang, Hefte 27-28, Seiten B1194-1196.
- Kunze H., Heinz A., Schepkar R., Grupp D. (2013). AufPEPPen reicht nicht. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 30. Jahrgang, Heft 1, Seiten 58-61.
- Kunze H. (2015). Psychisch krank in Deutschland. Plädoyer für ein zeitgemäßes Versorgungssystem. Kohlhammer Verlag, 1. Auflage.
- Lang F.U., Gühne U., Riedel-Heller S.G., Becker T. (2015). Innovative patientenzentrierte Versorgungssysteme. Internationale Perspektiven. Der Nervenarzt, 86. Jahrgang, Heft 11, Seiten 1313–1319.
- Lauer R., Rummelin B. (2012). Referentenentwurf für ein Psych-Entgeltgesetz. Anmerkungen der DKG. Das Krankenhaus, Heft 1, Seiten 27-31.
- Laux H. (1990). Risiko, Anreiz und Kontrolle. Principal-Agent-Theorie, Einführung und Verbindung mit dem Delegationswert-Konzept. Springer-Verlag.
- Lehmann G., Bührig S., Schmidt H., Moormann T., Lücke R. (2015). Überzeugende Versorgungsverträge? f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 32. Jahrgang, Heft 7, Seiten 538-542.
- Lüngen M., Lauterbach K. (2000). Upcoding – Eine Gefahr für den Einsatz von Diagnosis-Related Groups (DRG)? Deutsche Medizinische Wochenschrift, 125. Jahrgang, Heft 28/29, Seiten 852-856.
- Maier B. (2016). Strategische Marktpositionierung. Passgenau zum Erfolg. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 33. Jahrgang, Heft 6, Seiten 564-567.
- Mason A., Goddard M. (2009). Payment by Results in Mental Health: A Review of the International Literature and an Economic Assessment of the Approach in the English NHS. CHE Research Paper 50. Centre for Health Economics, University of York, York YO10 5DD, UK.

- Mason A., Ward P., Street A. (2011). England: The Healthcare Resource Group system. In: *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals.* Hrsg. Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M. McGrawHill Open University Press. Seiten 197-220.
- MBZ (2012). Wartezeiten zu lang. *Marburger Bund Zeitung*, Ausgabe 4, Seite 11.
- Meffert H., Bruhn M. (2003). *Dienstleistungsmarketing*. 4. Auflage, Gabler.
- Meißner M. (2010). DRG in der Psychiatrie. An den Bedürfnissen vorbei. *Deutsches Ärzteblatt*, 107. Jahrgang, Heft 10, Seiten A426-A427.
- Meyer B., Holzer B. (2015). Leistungsbezogenes Tarifsysteem für die Psychiatrie. *Schweizerische Ärztezeitung – Bulletin des Medicins Suisses – Bollettino dei Medici Svizzeri*, 96. Jahrgang, Heft 20, S eiten 902-904.
- Meyer B., Rohner B. (2016). TARPSY 1.0: Das neue Tarifsysteem für die stationäre Psychiatrie. *Schweizerische Ärztezeitung – Bulletin des Mèdecins Suisses – Bollettino Dei Medici Svizzeri*. 97. Jahrgang, Heft 41, Seiten 1404-1406.
- Mörsch M., Rümmelin B., Weid S. (2012). Das Psych-Entgeltgesetz: Was bringt es für die Krankenhäuser? *Das Krankenhaus*, Heft 7, Seiten 675-682.
- Mossialos E., Wenzl M. (2016). *2015 International Profiles of Health Care Systems*. London School of Economics and Political Science. Seiten 1-180.
- Multmeier J. und Tenckhoff B. (2014). Psychotherapeutische Versorgung. Autonomere Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. *Deutsches Ärzteblatt*, 111. Jahrgang, Heft 11, Seiten 110-112.
- NAMI (2015). *State Mental Health Legislation 2015. Trends, Themes and Effective Practices*. NAMI, the National Alliance on Mental Illness. Seiten 1-74.
- Nebe J. (2015). Mythos Degression. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 32. Jahrgang, Heft 6, Seiten 442-445.
- Neubauer G. (2006). Krankenhausvergütung 2009: Fest- oder Wettbewerbspreise? f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 23. Jahrgang, Heft 4, Seiten 380-384.
- Neubauer G., Beivers A. (2010). Die Leistungen müssen die Vergütung bestimmen. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 27. Jahrgang, Heft 1, Seiten 38-42.
- Neumann K. (2014). Blick für das Ganze. *Gesundheitswirtschaft*, 8. Jahrgang, Heft 4, Seiten 48-49.
- Neurotransmitter (2015). Gute ambulante Versorgung führt zu weniger Klinikaufhalten. 26. Jahrgang, Heft 3, Seite 14.

- NHS (2013). Mental Health Payment by Results Guidance for 2013-14. Department of Health Payment by Results team, 28. Februar 2013.
- Nienhüser W., Jans M., Köckeritz M. (2012). Grundbegriffe und Grundideen der Transaktionskostentheorie - am Beispiel von "Make-or-Buy"-Entscheidungen über Weiterbildungsmaßnahmen. Seiten 1-12.
- Nüßle R., Damian G. (2004). Wie hoch ist das Upcoding-Risiko? Krankenhaus Umschau, 73. Jahrgang, Heft 8, Seiten 777-781.
- Oberender P., Hebborn A., Zerth J. (2002). Wachstumsmarkt Gesundheit. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft.
- Oberender P., Götz A., Högn M. (2012). Motor für das Wachstum. Finanzierung von Innovationen. KU Gesundheitsmanagement, Heft 9, Seiten 17-20.
- OECD (2011). OECD-Berichte über Gesundheitssysteme, Schweiz. World Health Organization, Seiten 1-176.
- OPS (2017). Operationen- und Prozedurenschlüssel. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS) Band 1: Systematisches Verzeichnis.
- Osterloh F. (2015). Deutsches Gesundheitssystem. Gut, leicht zugänglich, aber teuer. Deutsches Ärzteblatt, 112. Jahrgang, Heft 46, Seite B1583.
- Osterloh F. (2015a). Qualitätsmessung im stationären Bereich. Die Erwartungen sind hoch. Deutsches Ärzteblatt, 112. Jahrgang, Heft 20, Seite A901.
- Paris V., Devaux M., Wei L. (2010). Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. OECD Health Working Papers, No. 50, OECD Publishing.
- PEPP – Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie Psychosomatik, Version 2016, Definitionshandbuch. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK), Siegburg, Germany.
- Petzold T, Eberlein-Gonzka M. (2016). Qualitätsmanagement. Wichtig: Evaluation des Patientennutzens. Deutsches Ärzteblatt, 113. Jahrgang, Heft 18, Seiten B865-866.
- Picot A. (1991). Ökonomische Theorien der Organisation – Ein Überblick über neuere Ansätze und deren betriebswirtschaftliches Anwendungspotential. In: Ordelheide D., Rudolph B., Büsselmann E. (Hrsg.). Betriebswirtschaftslehre und Ökonomische Theorie. C.E.Poeschel Verlag Stuttgart, Seiten 143-173.
- Picot A. und Dietl H. (1990). Transaktionskostentheorie. WiSt 4, April, Seiten 178-184.
- Picot A., Dietl H., Franck E., Friedler M., Royer M. (2012). Organisation – Theorie und Praxis aus ökonomischer Sicht. Schäffer-Poeschel Verlag, 6. Auflage.

- Pirck P. (2016). Krankenhäuser entdecken die Kraft der Marke. Das Krankenhaus, Heft 4, Seiten 307-309.
- Poschenrieder M. (2015). Behandlungsergebnisse unter Verwendung von klinischen Pfaden in der stationären Schizophreniebehandlung. Dissertation, Seiten 1-96.
- Raab E. (2015). In Details verloren. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 32. Jahrgang, Heft 2, Seiten 26-28.
- Rau F. (2007). Das DRG-System zwingt zu besseren Prozessen. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 24. Jahrgang, Heft 4, Seiten 378-379.
- Rau F. (2012). Psych-Entgeltgesetz vom Bundestag Verabschiedet. Das Krankenhaus, Heft 7, Seiten 684-691.
- Rau F. (2014). Erwartungen erfüllt. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 31. Jahrgang, Heft 1, Seiten 13-15.
- Reißig M. (2009). Mehr Effizienz durch leistungsorientierte Vergütung? BZB Juli/August, Seiten 9-11.
- Reif M. (2012). Notfallversorgung – auf jeden Fall unwirtschaftlich? Was Krankenhäuser tun können, um aus der Not eine Tugend zu machen. KU Gesundheitsmanagement, Heft 10, Seiten 17-19.
- Richter D. (2004). Qualitätsindikatoren für die psychiatrische Versorgung - Eine Übersicht über Kriterien, Methoden und Probleme. Krankenhauspsychiatrie, 15. Jahrgang, Heft 3, Seiten 104-113.
- Richter D. (2012). Finanzierung psychiatrischer Angebote und ihre Steuerungswirkungen. Gutachten im Auftrag der Aktion Psychisch Kranke, Bonn, Seiten 1-21.
- Richter-Kuhlmann E. (2012). Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts. Zivilisationskrankheiten nehmen zu. Deutsches Ärzteblatt, 109. Jahrgang, Heft 26, Seiten A1376-1377.
- Rieser S. (2015). Versorgungsforschung. Ambulant versorgt: Es ginge noch mehr. Deutsches Ärzteblatt, 112. Jahrgang, Heft 29/30, Seiten B1060-B1061.
- Roeder N. (2003). Anpassung des G-DRG-Systems an das deutsche Leistungsgeschehen. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. DRG-Research-Group Universitätsklinikum Münster, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.
- Roeder N., Bunzemeier H., Fiori W. (2012). Kostendämpfung durch Mehrleistungsabschläge. Vom Prinzip „gleiches Geld für gleiche Leistung“ zur Budgetierung. Das Krankenhaus, Heft 6, Seiten 572-576.
- Roeder N., Franz D., Fiori W., Bunzemeier H. (2014). Wege zur Perfektion. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 31. Jahrgang, Heft 1, S. 8-12.

- Rössing S. (2009). Psychiatrie vor grundlegenden Veränderungen. KU Gesundheitsmanagement, Heft 10, Seiten 63-65.
- Rolfes G. (2014). Brücken bauen. Gesundheitswirtschaft, Sonderausgabe, Seiten 30-31.
- Roths U., Vaillant J. (2015). Neuer PEPP-Katalog für 2015. Das Krankenhaus, Heft 1, Seiten 29-33.
- Ruprecht T., Klüsener J. (2010). „Managed Care in der Psychiatrie?“ Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 4, Seiten 40-46.
- Schmitt-Sausen N. (2011). US-Gesundheitswesen. Obamas Reform unter Druck. Deutsches Ärzteblatt, 108. Jahrgang, Heft 14, Seite A759-760.
- Schmitt-Sausen N. (2012). US-Gesundheitsreform. Triumph mit Beigeschmack. Deutsches Ärzteblatt, 109. Jahrgang, Heft 29-30, Seite A1473-1474.
- Schneider A., Hilbert B., Hörlein E., Wagenpfeil S., Linde K. (2013). Bedeutung der psychischen Komorbidität für die Versorgungssteuerung in der Hausarztpraxis. Deutsches Ärzteblatt, 110. Jahrgang, Heft 39, Seiten 653-659.
- Schneider U. (1998). Der Arzt als Agent des Patienten. Zur Übertragbarkeit der Principal-Agent-Theorie auf die Arzt-Patient-Beziehung. Diskussionspapier 2/98, Februar 1998.
- Schneider U. (1999). Ärztliche Leistung und Compliance des Patienten: Der Fall des Double Moral Hazard. Diskussionspapier 07/99, Dezember 1999.
- Schneider U. (2001). Ökonomische Analyse der Arzt-Patienten-Beziehung: Theoretische Modellierung und empirische Ergebnisse. Diskussionspapier 06/01, August 2001.
- Schneider U. (2002). Beidseitige Informationsasymmetrien in der Arzt-Patient-Beziehung: Implikationen für die GKV. DIW Berlin, Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 71, Heft 4, Seiten 447–458.
- Schölkopf M., Stapf-Fine H. (2003). Ergebnis eines internationalen Vergleichs der stationären Versorgung. Das Krankenhaus, Heft 2, Seiten 111-120.
- Schölkopf M., Pressel H. (2014). Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, ISBN 978-3-95466-101-5.
- Schreyögg G., Geiger D. (2015). Organisation, Grundlagen moderner Organisationsgestaltung. Mit Fallstudien. Springer Verlag, 6. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.

- Schroeders N. von (2011). Entgeltsystem stationäre Psychiatrie: Was die Somatik hinter sich hat, steht der Psychiatrie bevor. KU Gesundheitsmanagement, Heft 4, Seite 78.
- Schütze W. (2013). Ausgebremst. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 30. Jahrgang, Heft 1, Seiten 65-69.
- Schützinger B., Theurl E., Winner H. (2007). Krankenhausfinanzierung und Verweildauer. Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, 30. Jahrgang, Heft 2, Seiten 142 – 163.
- Schwarz J. (2016). PEPP 2016 – Gewappnet für die Konvergenz. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 33. Jahrgang, Heft 1, Seiten 60-63.
- Shafrin J. (2008). Health Care Around the World: Great Britain. Healthcare Economist.
- Simon M. (2000). Neue Krankenhausfinanzierung – Experiment mit ungewissem Ausgang: Zur geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P00-201.
- Simon M. (2007). Das deutsche DRG-Fallpauschalensystem: Kritische Anmerkungen zu Begründungen und Zielen. Jahrbuch für Kritische Medizin, Heft 44, Seiten 41-63.
- Spielberg P. (2012). Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Schweiz. Klares Signal vom Volk. Deutsches Ärzteblatt, 109. Jahrgang, Heft 27-28, Seite A1410.
- Spieß H., Binder H., Cording C., Klein H., Hajak G. (2006). Klinikpsychiatrie unter ökonomischem Druck. Deutsches Ärzteblatt, 103. Jahrgang, Heft 39, Seiten A2549-A2552.
- Spieß H. (2009). Quo vadis BADO? Psychiatrische Praxis, 36. Jahrgang, Heft 7, Seiten 305-307.
- Statistisches Bundesamt (2008). Krankenhaus-Landschaft im Umbruch. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 10. Dezember 2008 in Berlin. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Seiten 1-30.
- Steinhart I. (2006). Personenbezogene Finanzierung aus einem Regionalbudget. Erste Erfahrungen in der Hansestadt Rostock. Kerbe, Heft 3, Seiten 37-40.
- Stoppe G. (2013). Psychotherapeutische Versorgung. Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit. Deutsches Ärzteblatt, 110. Jahrgang, Heft 12, Seiten A543-A546.
- Tanner M. (2008). The Grass Is Not Always Greener. A Look at National Health Care Systems Around the World. Policy Analysis, No. 613, Cato Institute, Seiten 1-48.

- TK Gesundheitsreport (2012). Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 27, Seiten 1-178.
- Voit D. (2016). Der englische NHS im Wandel. Mehr Qualitätssicherung und Transparenz. Das Krankenhaus, Heft 1, Seiten 45-52.
- Wagner J., Wittland M. (2015). PEPP-Entgeltsystem 2015 – Kritikpunkte umgesetzt? Das Krankenhaus, Heft 8, Seiten 729-734.
- Warnke I., Rössler W., Herwig U. (2011). Does psychopathology at admission predicts the length of inpatient stay? Implications for financing psychiatric services. BMC Psychiatry 11, 120, Seiten 1-10.
- Warnke I., Rössler W., Nordt C., Herwig U. (2014). Assessing a financial incentive for reducing length of stay of psychiatric inpatients: Implications for financing psychiatric services. Swiss Medical Weekly, 144, Seiten 1-10.
- Weimann E. (2013). Universeller Krankenversicherungsschutz. Garant für eine gute Versorgung. Deutsches Ärzteblatt, 110. Jahrgang, Heft 3, Seite A69-A70.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946. Stand 25. Juni 2009.
- Weßling A. (2014). Heilsame Freiheiten. Gesundheitswirtschaft, 8. Jahrgang, Sonderausgabe, Seiten 6-8.
- Wille E. und Ulrich V. (1991). Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In: Hansmeyer K.-H. (Hrsg.): Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II, Schriften des Vereins für Sozialpolitik, Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Bd. 194/II, Seiten 9-115.
- Williamson O. E. (1975). Markets and Hierarchies; Analysis and Antitrust Implications, New York.
- Wolff-Menzler C., Gyßer S., Große C., Godemann F. (2015). Wertvolles Werkzeug. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 32. Jahrgang, Heft 2, Seiten 29-31.
- Woratschek H. (1996). Die Typologisierung von Dienstleistungen aus Informationsökonomischer Sicht. Der Markt: Zeitschrift für Absatzwirtschaft und Marketing. Band 36, Heft 1, Seiten 59-71.
- Woratschek H. (2001). Zum Stand einer „Theorie des Dienstleistungsmarketing“. Die Unternehmung, Band 55, Heft 4/5, Seiten 261-278.
- Zubaran C., Foresti K. (2009) Quality of life and substance use: concepts and recent tendencies. Current Opinion Psychiatry. 22. Jahrgang, Heft 3, Seiten 281-286.

Zweifel P., Breuer M. (2002). Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller e.V. VFA. Zürich, Seiten 1-76.

Internetverweise

AGWL-Benchmarking Psychiatrie

<http://www.zvmo.de/projekte/agwl-benchmarking-psychiatrie.html>

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

DIMDI

<http://www.dimdi.de/static/de/index.html>

Deutsche Krankenhausgesellschaft

DKG

<http://www.dkgev.de/>

Gemeinsamer Bundesausschuss

G-BA

<http://www.g-ba.de/>

GKV Spitzenverband

<http://www.gkv-spitzenverband.de/>

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

InEK

<http://www.g-drg.de>

Kassenärztliche Bundesvereinigung

KBV

<http://www.kbv.de/>

PSY-Benchmark Informationen zum Benchmark der BWKG für psychiatrische und psychosomatische Kliniken

<http://www.bwkg.de/aufgaben-services/benchmark-projekte/psy-benchmark.html>

Bundesministerium für Gesundheit (2012). Pressemitteilung: Voraussetzung für die freiwillige Anwendung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik geschaffen.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2012-04/entgeltsystem-in-der-psychiatrie.html>

Bundesministerium für Gesundheit (2016). Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems. Stand: 18.02.2016.

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Psych-Entgeltgesetz/160218_Eckpunkte_Psych-EntgeltG.pdf

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2012). Stationäre Krankenhausfinanzierung. Vereinbarung zum ersten Entgeltkatalog für das Pauschalierende Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-Entgeltkatalog) für das Jahr 2013 – Scheitern der Verhandlungen.

http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/157/aid/9807/start/40/title/Vereinbarung_zum_ersten_Entgeltkatalog_fuer_das_pauschalierende_Entgeltsystem_in_der_Psychiatrie_und_Psychosomatik_%28PEPP-Entgeltkatalog%29_fuer_das_Jahr_2013_-_Scheitern_der_Verhandlungen

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Dr. med. Phillip Alexander Krause, ehrenwörtlich, dass mir die geltende Promotionsordnung der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Friedrich-Schiller-Universität Jena bekannt ist, dass ich die Dissertation selbst angefertigt habe, keine Textabschnitte eines Dritten oder eigener Prüfungsarbeiten ohne Kennzeichnung übernommen und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben habe.

Es haben mich keine weiteren Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes unterstützt. Zudem erkläre ich ehrenwörtlich, dass ich die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen habe und Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Ich habe die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht und auch nicht eine gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung bei einer anderen Hochschule bzw. anderen Fakultät als Dissertation eingereicht

Secklendorf den 10.10.2017

Dr. med. Phillip Alexander Krause