



Anreize und Weiterentwicklungsperspektiven der Vergütung von Psychiatrie und Psychosomatik unter der Berücksichtigung von Modellvorhaben

Roman Kliemt und Dennis Häckl

- 14.1 Einleitung – 264**
- 14.2 Entwicklung und Status quo der Vergütungssysteme in der psychiatrischen Versorgung – 265**
 - 14.2.1 Entwicklung der Vergütungssysteme im stationären Sektor – 265
 - 14.2.2 Psychiatrische Institutsambulanzen – Vergütung und Versorgungsanreize – 267
- 14.3 Anreizwirkung der Vergütungssysteme im stationären Sektor – 269**
 - 14.3.1 Die Anreizstrukturen im Pflegesatzsystem – 269
 - 14.3.2 Anreize im PEPP-System – 270
 - 14.3.3 Alternative Finanzierungsmodelle – Modellvorhaben nach § 64b SGB V – 272
- 14.4 Fazit – 276**
- Literatur – 277**

■ ■ Zusammenfassung

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurden seit 2009 die Weichen für ein neues, die tagesgleichen Pflegesätze ablösendes Vergütungssystem gestellt. Das neue Vergütungssystem (PEPP) sollte leistungsorientiert und pauschalierend sein, stieß aber in seiner ursprünglichen Ausgestaltung auf enorme Kritik und Widerstände seitens der Fachverbände, sodass zum einen die verbindliche Einführung mehrfach verschoben wurde und zum anderen mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) eine Neuausrichtung der Rahmenbedingungen erfolgte. Parallel dazu besteht seit 2012 die Möglichkeit, Modellvorhaben nach § 64b SGB V abzuschließen. Der Beitrag gibt einen Überblick über die legislative Entwicklung und die bestehenden Regelungen des neuen Entgeltsystems in der stationären Versorgung, der Vergütung psychiatrischer Institutsambulanzen (PIA) und der Modellvorhaben. Es werden die krankenhauseseitigen Anreizmechanismen der Patientenversorgung dargestellt und die empirische Evidenz aus bestehenden Studien skizziert. Abschließend erfolgt eine Gegenüberstellung der Modellvorhaben gegenüber PEPP und es wird ein Ausblick auf den Fortgang beider Systeme gegeben.

Since 2009, the Hospital Financing Reform Act (KHRG) has set the course for a new remuneration system that replaces the per diem rates. The new remuneration system (PEPP) was to be performance-oriented and based on lump sums, but in its original form it faced enormous criticism and resistance on the part of the professional associations. Therefore, on the one hand, its binding introduction was postponed several times and on the other hand, a reorientation of the general conditions took place due to the PsychVVG, the act for the further development of care and remuneration for psychiatric and psychosomatic services. At the same time, it has been possible since 2012 to carry out model projects in accordance with § 64b SGB V (Social Code, Book V). The article gives an overview

of the legislative development and the existing regulations of the new remuneration system in inpatient care, the PIA remuneration and the model projects. The authors present the incentive mechanisms on the hospital side of patient care and outline the empirical evidence from existing studies. Finally, a comparison of the model projects with PEPP is made and an outlook on the progress of both systems is given.

14.1 Einleitung

Vor dem Hintergrund steigender Kosten im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik setzte der Bundestag 2012 mit dem „Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“ (PsychEntgG) den Rahmen für eine neue Vergütungssystematik für die stationäre Behandlung von psychiatrischen Fällen. Die bisher geltenden tagesgleichen Pflegesätze nach Bundespflegesatzverordnung (BpflV) werden durch tagesbezogene Vergütungspauschalen (sogenannte PEPPs) abgelöst, die nun auch den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung von medizinisch unterscheidbaren Patientengruppen im teilstationären und stationären Bereich abbilden sollen. Ebenfalls im Jahr 2012 trat § 64b SGB V in Kraft: Dieser gibt Kliniken im Rahmen von Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen die Möglichkeit, eine flexiblere und sektorenübergreifende Behandlung durch neue Budget- und Finanzierungsmechanismen zu ermöglichen.

In der psychiatrischen Versorgung kann die Behandlung entsprechend der Schwere der Erkrankung und dem individuellen Versorgungsbedarf in der vertragsärztlichen fachärztlichen Versorgung (KV), der stationsnahen ambulanten Versorgung (Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)), der teilstationären tagesklinischen Versorgung sowie der vollstationären Versorgung erfolgen. Kann hinsichtlich der Schwere der Erkrankung(-sphase) und des Versorgungsbedarfs von einem mehr oder weniger linearen Zusammenhang ausgegangen wer-

den, steigt die Vergütung in Stufen von eher geringen Vergütungssätzen in der ambulanten zu hohen Tagessätzen in der stationären Versorgung. Dabei implizieren die sektorale Trennung und die innerhalb der Sektoren eingesetzten Vergütungssysteme unterschiedliche Anreizstrukturen hinsichtlich des Behandlungsortes (ambulant vs. stationär) sowie der Patientenversorgung. So könnte aufgrund der Vergütungssystematik psychiatrischer Krankenhäuser, bei der das Budget den voll- und teilstationären Bereich umfasst und die PIA-Erlöse separat hinzukommen, ein Anreiz gegeben sein, verstärkt stationär zu behandeln. Das Ergebnis dieser Anreizstruktur wirkt der seit der Psychiatrie-Enquete angestoßenen und unter dem Credo „ambulant vor stationär“ (Deutscher Bundestag 1975) stehenden Psychiatriereform entgegen.

Nicht nur hinsichtlich des Behandlungsortes, sondern auch hinsichtlich der Behandlungsdauer in der voll- und teilstationären Versorgung bzw. Kontakthäufigkeit in der ambulanten (PIA-)Versorgung oder des Behandlungsangebots können aufgrund der Vergütung bestimmte Anreize gesetzt sein. Innerhalb der Sektoren können entsprechend den jeweils verwendeten Budgetmechanismen und Vergütungssystematiken Anreize bestehen, beispielsweise die Zahl der Behandlungsfälle oder die Verweildauer bzw. die Zahl der Kontakte über das medizinische Maß hinausgehend auszuweiten. Daneben können aber auch Leistungen das medizinisch erforderliche Maß unterschreiten oder aber auch Patienten mit bestimmten Erkrankungen, die einen hohen Deckungsbeitrag aufweisen, bevorzugt behandelt werden.

Der vorliegende Beitrag befasst sich zum einen mit den ökonomischen Anreizwirkungen der bestehenden Vergütungssystematik im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik und den Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Zum anderen werden die Budgetmechanismen in der Krankenhausfinanzierung betrachtet und in Bezug zu den Modellvorhaben nach § 64b SGB V gesetzt, bei denen die Ausgestaltung des Klinikbudgets durch das Zusammenlegen von stationärem Budget und PIA-

Erlösen andere Anreize setzt, als dies in der Regelversorgung der Fall ist.

14.2 Entwicklung und Status quo der Vergütungssysteme in der psychiatrischen Versorgung

Die Vergütung der stationären sowie ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung obliegt in der Regel der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Versorgung der Patienten kann entsprechend der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung voll- bzw. teilstationär oder ambulant in der PIA erfolgen.¹

14.2.1 Entwicklung der Vergütungssysteme im stationären Sektor

Während bei der Behandlung von somatischen Erkrankungen im stationären Sektor seit dem Jahr 2003 DRG-Fallpauschalen zur Abrechnung genutzt werden, sah das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) im Bereich der psychiatrischen Versorgung für alle zum Geltungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) gehörenden Einrichtungen vor, Tagespflegesätze gemäß Bundespflegesatzverordnung beizubehalten. Bis einschließlich 2017 konnten diese von den Kliniken, die nicht freiwillig auf PEPP umgestiegen sind, zur Abrechnung verwendet werden. Sie setzten sich aus einem Basispflegesatz für nichtmedizinische Leistungen (Kost, Logis und Verwaltung) sowie einem Abteilungspflegesatz für ärztli-

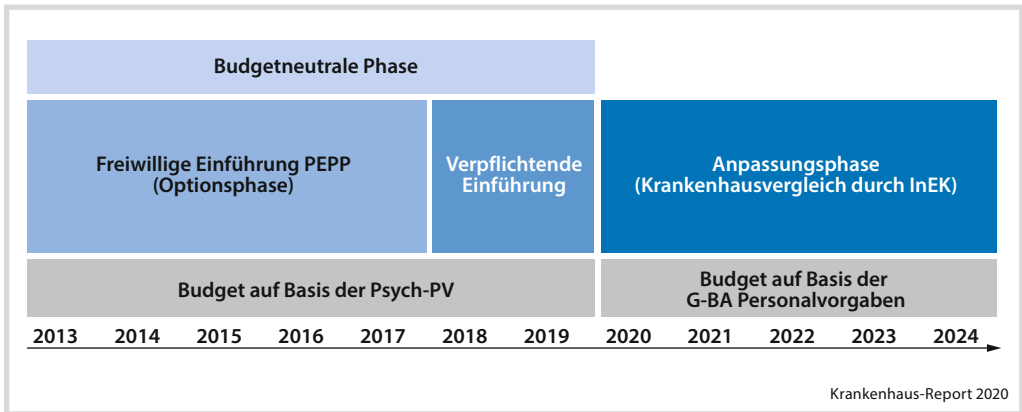
¹ Zur ambulanten Versorgung zählen dabei ebenfalls vertragsärztliche Leistungen, bei denen im Rahmen der Finanzierung die kassenärztlichen Vereinigungen zwischengeschaltet sind, auf die im vorliegenden Beitrag nicht fokussiert werden soll.

che und pflegerische Leistungen zusammen. Die Höhe der Pflegesätze wurde krankenhaushausindividuell verhandelt und richtete sich nach den Patientengruppen, Berufsgruppen und Behandlungsfälle differenzierenden Zeitvorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung.

Den Weg zum neuen, seit 2018 angewendeten Entgeltsystem ebnete im Jahr 2009 das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), in dem die Selbstverwaltungspartner – auf Seiten der Kostenträger der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) sowie der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und auf Seiten der Leistungserbringer die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) – den Auftrag erhielten, ein neues Vergütungssystem zu entwickeln, für einen Überblick vgl. auch Krause 2018. Im hierfür geänderten § 17d des KHG (Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze) werden folgende Ziele vorgegeben: So sollte das neue Entgeltsystem durchgängig leistungsorientiert und pauschalierend auf Grundlage tagesbezogener Entgelte sein, den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abbilden und jährlich an medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen angepasst und weiterentwickelt werden. 2012 stellte das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) den für das Jahr 2013 gültigen Entgeltkatalog vor; eine Einigung der Selbstverwaltungspartner darüber konnte allerdings nicht hergestellt werden, da die DKG die Ausgestaltung des neuen Verfahrens ablehnte und die Verhandlungen für gescheitert erklärte. Daraufhin erfolgte die Unterzeichnung im Rahmen einer Ersatzvornahme durch den Bundesgesundheitsminister, um den optierenden Einrichtungen ab 2013 die Möglichkeit zu geben, das neue Entgeltsystem anzuwenden (Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013 – PEPPV 2013; siehe auch Bundesministerium für Gesundheit 2012). Die Verordnung zum PEPP-System bezieht sich dabei auf

das 2012 beschlossene Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG), das die Einführung von PEPP regelt. So war ursprünglich die Einführungsphase von 2013 bis 2016 als budgetneutrale Phase vorgesehen, wobei in den Jahren 2013 und 2014 auf freiwilliger Basis nach dem neuen System abgerechnet werden konnte und ab 2015 musste. Außerdem sollte sich ab dem Jahr 2017 eine fünfjährige Konvergenzphase anschließen, an deren Ende krankenhaushausindividuelle Basisfallwerte durch Landesbasisentgeltwerte ersetzt werden sollten. Mit dem 2014 beschlossenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) wurde die freiwillige Optionsphase für die Jahre 2015 und 2016 verlängert. Mit dem GKV-FQWG verlängerte sich ebenfalls die budgetneutrale Phase bis zum Jahr 2018 und die Preisanpassung an den Landesbasisentgeltwert bis zum Jahr 2022. Allerdings hatten diese Regelungen nur bis zum Jahr 2016 Bestand, als das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) beschlossen wurde.

Trotz der Verlängerung der Optionsphase und der Budgetneutralität um ein Jahr bis einschließlich 2017 bzw. 2019 wurde das PEPP-System festgeschrieben und bedeutete dennoch einen „Paradigmenwechsel“ (Belling 2016). Sah das PsychEntgG ein Preissystem mit verhandelten Leistungsmengen in Verbindung mit landeseinheitlichen Preisen vor, ist das Entgeltsystem durch das PsychVVG als Budgetsystem ausgestaltet, wobei die Verhandlung über die Höhe des Budgets, die Leistungen und Entgelte krankenhaushausindividuell erfolgen. Zur Berücksichtigung regionaler oder struktureller Besonderheiten können ergänzende Entgelte zwischen Leistungserbringer und Kostenträger vereinbart werden. Zu den weiteren wesentlichen Änderungen zählt, dass die den Personalschlüssel regelnde Psych-PV, die ur-



■ **Abb. 14.1** Zeitlicher Ablauf der Einführung des Psych-Entgeltsystems nach PsychVVG (Quelle: Eigene Darstellung nach vdek 2017)

sprünglich durch das PsychEntG zum Ende der Konvergenzphase außer Kraft gesetzt werden sollte, bis Ende 2019 gültig bleibt und ab 2020 durch verbindliche Mindestpersonalvorgaben und Qualitätsindikatoren abgelöst wird, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) herausgegeben werden (■ Abb. 14.1). Der Leistungsbezug der Budgets soll durch den vom InEK durchgeführten Krankenhausvergleich gewährleistet werden; hierdurch soll auch eine Angleichung der Budgethöhen erfolgen.

Somit gilt seit 2013 auf freiwilliger Basis und seit 2018 verpflichtend ein Entgeltsystem für den voll- und teilstationären Bereich, bei dem die Vergütung über degressive Tagespauschalen erfolgt. Die Höhe der Pauschalen ergibt sich aus dem Produkt des hausindividuell zu verhandelnden Basisfallwerts mit der Verweildauer in Tagen und der für den Entlassungstag hinterlegten Bewertungsrelation. Die Höhe der Bewertungsrelation ist dabei wiederum abhängig von der Erkrankungsgruppe, dem Schweregrad sowie von der Verweildauer. Mit steigender Verweildauer nimmt die Bewertungsrelation dabei kontinuierlich ab, wobei in den Entgeltkatalogen von 2013 und 2014 bis zu fünf Verweildauerintervalle mit entsprechender Bewertungsrelation in Form von Vergütungsstufen verwendet wurden und ab 2015 für jeden Tag eine Bewertungsrelation hinterlegt

ist. Weiterhin besteht seit 2015 die Möglichkeit, zusätzlich ergänzende Tagesentgelte zur Kompensation erhöhter Behandlungsaufwände abzurechnen.

14.2.2 Psychiatrische Institutsambulanzen – Vergütung und Versorgungsanreize

Ebenfalls Teil der psychiatrischen Versorgung im Krankenhaus ist die Versorgung durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen. Ziel hierbei ist eine ambulante Behandlung, die allerdings keine Doppelstrukturen zur vertragsärztlichen Versorgung schaffen soll. Es ist grundsätzlich vorgesehen, dass durch die PIA-Behandlung ein Krankenhausaufenthalt verkürzt oder vermieden wird. Die Zielgruppe besteht aus Personen, die einer krankenhausebenen Behandlung bedürfen oder durch die vertragsärztliche Versorgung nur unzureichend erreicht werden (vgl. Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V). Da die Vereinbarung gemäß § 120 Abs. 2 SGB V (Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen) auf Landesebene zu treffen ist, zeigt sich eine sehr fragmentierte Vergütung der PIA-Leistungen. So wird als Abrechnungs-

■ Tabelle 14.1 Überblick über die PIA-Vergütung in Deutschland (Quelle: Eigene Darstellung nach GKV-Spitzenverband 2010)

Vergütung	Vergütungshöhe	Bundesländer
Quartalspauschalen	Einzelverträge	Berlin, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Hessen (einzeln je Organisation)
Quartalspauschale i. V. m. Vergütung gemäß EBM; Quartalspauschale; Tagespauschale	Einzelverträge	Schleswig-Holstein
Quartalspauschale, jedoch gesonderte Vergütung für alleinige psychiatrische Notfallbehandlung	Einzelverträge	Saarland
Quartalspauschale, Notfallpauschale	Einzelverträge	Bremen
Quartalspauschalen (unterschieden nach Einmal-/Mehrfachkontakt)	Einzelverträge	Baden-Württemberg
Quartalspauschalen	Landesweit	Brandenburg
Gestaffelte Quartalspauschalen	Landesweit	Niedersachsen
Leistungskatalog	Landesweit	Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen
Quartalspauschalen & Leistungskatalog	Einzelverträge & landesweit	Sachsen-Anhalt, Thüringen

Krankenhaus-Report 2020

einheit in den Bundesländern Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen die Einzelleistung herangezogen, wobei in den beiden Letztgenannten von einigen Einrichtungen ebenso Quartalspauschalen verwendet werden (■ Tab. 14.1). In den übrigen Bundesländern werden Quartalspauschalen abgerechnet, wobei hier reine Quartalspauschalen sowie Tagespauschalen, aber auch nach Zahl der Kontakte gestaffelte Pauschalen oder Kombinationen aus Quartalspauschalen und eine Vergütung gemäß Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) zum Einsatz kommen. Die Vergütungshöhe wird in den Pauschalen verwendenden Bundesländern krankenhausindividuell verhandelt, lediglich in Brandenburg und Niedersachsen gelten landesweit einheitliche Preise. Ebenfalls landesweit einheitlich sind die Preise für Kliniken, die Einzelleistungen entsprechend dem jeweiligen gültigen Leistungskatalog abrechnen.

Die genaue Ausgestaltung der PIA-Vergütung setzt unterschiedliche ökonomische Anreize hinsichtlich Behandlungshäufigkeit und -intensität. Erhält eine Institutsambulanz eine einheitliche Quartalspauschale je Patient unabhängig von der Komplexität der Erkrankung und der Anzahl der Kontakte im Quartal, besteht ein Anreiz, die Zahl der Behandlungen zu reduzieren. Auch kann ein negativer Anreiz hinsichtlich der Behandlungsintensität bestehen: So musste bspw. bis Mitte 2018 lediglich kodiert werden, ob ein Kontakt innerhalb der Institutsambulanz oder als aufsuchende Behandlung – jeweils differenziert nach Arztkontakt oder nichtärztlichem Kontakt – stattfand. Seit dem 01.07.2018 muss zwar eine nach Behandlergruppe, -setting und Behandlungszeit je Tag differenzierende Dokumentation erfolgen. Da jedoch kein Schwellwert besteht, unterhalb dessen die Quartalspauschale nicht abgerechnet werden darf, besteht ein Anreiz, die

Behandlungsintensität möglichst gering zu halten.

Bei der Vergütung mittels gestaffelter Quartalspauschalen liegt das den Deckungsbeitrag maximierende Optimum ebenfalls bei einem Kontakt je Patient und Quartal oder an der jeweils unteren Grenze der nächsthöheren Stufe, ab der die höhere Pauschale gezahlt wird. Dies lässt sich auch empirisch bestätigen: Wird die Pauschale nach Einfach- und Mehrfachkontakt unterschieden, zeigt sich eine Verschiebung von einem Kontakt je Quartal (wie in den meisten Bundesländern mit Pauschalen) hin zu zwei Kontakten, wie es in Baden-Württemberg der Fall ist: 29 % aller PIA-Fälle zählten hier im Jahr 2014 zwei Kontakte, gegenüber 27 % mit einem Kontakt (Neubert und Richter 2016). Außerdem zeigt sich in den Bundesländern mit Einzelleistungsvergütung bei relativ geringen Zahlbeträgen eine im Vergleich zu den übrigen Bundesländern relativ hohe Kontakthäufigkeit je Quartal (Neubert und Richter 2016). Es lässt sich somit vermuten, dass im Rahmen der PIA-Behandlung ein Anreiz zur Maximierung der Deckungsbeiträge wirksam ist.

Zusätzlich zu den ökonomischen Anreizen der Vergütung ergibt sich aufgrund knapper Zeitressourcen bzw. Behandlungskapazitäten teilweise der Zwang, die Behandlungszahl mit höchstens einem Kontakt je Quartal und Patient möglichst gering zu halten, da das Patientenaufkommen teilweise die Kapazitäten übersteigt. Zum einen geschieht dies durch die Überweisung des Krankenhauses selbst, um stationäre Behandlungen frühzeitig zu beenden oder zu verkürzen. Hinzu kommen zum anderen Patienten, bei denen eigentlich eine Behandlung durch einen Vertragsarzt indiziert ist, die jedoch aufgrund eines regionalen Mangels an psychiatrischen Vertragsärzten die PIA aufsuchen. Doch selbst bei einer ausreichenden Zahl an Vertragsärzten können Vergütungsanreize innerhalb des KV-Bereichs greifen, insofern als Patienten wegen Budgetrestriktionen der niedergelassenen Ärzte von diesen an die PIA überwiesen („abgeschoben“) werden (Melchinger 2008).

14.3 Anreizwirkung der Vergütungssysteme im stationären Sektor

So wie durch die Ausgestaltung der PIA-Finanzierung bestimmte Anreize zur Kontakthäufigkeit und Behandlungsintensität gesetzt werden, sind auch im stationären Sektor die verschiedenen Vergütungssysteme mit unterschiedlichen Anreizen bezüglich der Patientenversorgung verbunden. Für die theoretische Betrachtung der Anreizstrukturen bieten sich die Konzepte der Grenzerlöse und Grenzkosten an, wobei diese die Erlöse bzw. Kosten für einen zusätzlich erbrachten Aufenthaltstag darstellen. Die aus ökonomischer Sicht optimale Verweildauer stellt dabei den Behandlungstag dar, „an dem zu keinem späteren Zeitpunkt ein höherer Falldeckungsbeitrag erzielt werden kann“ (Wolff-Menzler und Große 2014, S. e113).

14.3.1 Die Anreizstrukturen im Pflegesatzsystem

Bei der Abrechnung mittels tagesgleicher Pflegesätze wird für jeden Tag einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung der gleiche zwischen Leistungserbringer und Kostenträger verhandelte Betrag erstattet, wobei weder nach Behandlungsdauer noch nach Erkrankung bzw. Erkrankungsschwere differenziert wird. Die Erlösfunktion ist somit linear steigend und die Grenzerlöse entsprechen über die gesamte Dauer der Behandlung hinweg dem tagesgleichen Pflegesatz. Unter der Annahme einer linearen Kostenfunktion, d. h. gleich hohen Grenzkosten je Behandlungstag, die über den Grenzerlösen liegen, besteht kein Anreiz zu einer Behandlung, da der Deckungsbeitrag in diesem Fall stets negativ bliebe. Positive Deckungsbeiträge entstünden bei einer linearen Kostenfunktion mit Grenzkosten, die unter den Grenzerlösen liegen. Da hier mit jedem weiteren Tag ein höherer Deckungsbei-

trag generiert werden könnte, besteht in diesem Fall ein Anreiz zur Verweildauerausdehnung. Dies gilt auch für die Annahme einer degressiven Kostenfunktion mit im Behandlungsverlauf sinkenden Grenzerlösen, sofern die Grenzkosten ab einem bestimmten Zeitpunkt unter die Grenzerlöse fallen, auch wenn die Grenzkosten behandlungsinicial über den Grenzerlösen liegen.

Insgesamt besteht durch die Budgetkalkulation gemäß Psych-PV, bei der über die Summe der Belegungstage je Behandlungsbereich² das zu finanzierende Personal bestimmt wird, kein Anreiz, geringe Ressourcenaufwände zu erreichen (Wasem et al. 2012). Es besteht hingegen ein Anreiz zur Fallsektion, also Fälle zu behandeln, deren Erkrankung eine geringe Komplexität aufweisen und die nur geringe Tageskosten produzieren. Um einen hohen Deckungsbeitrag zu generieren, kann dabei die Verweildauer über das medizinisch notwendige Maß hinaus ausgedehnt werden. Bei schwereren Fällen, die mit hohen Behandlungskosten verbunden sind, besteht ein Anreiz, die Behandlungsintensität zu verringern, um die Tageskosten gering zu halten oder die Behandlungsdauer zu verringern (Wolff-Menzler und Große 2014). Von verfrühten Entlassungen oder Unterversorgung ist nicht auszugehen, da durch die Orientierung an der Psych-PV keine Anreize zur Minimierung des Ressourcenaufwands bestehen (Wasem et al. 2012).

Bei der Vergütung mittels tagesgleicher Pflegesätze bestanden somit Potenziale zur Effizienzverbesserung, da die Anreizstruktur Fehlansätze bei Behandlungsdauer und -intensität setzte. Gleichfalls besteht kein Anreiz, Patienten in ambulante Settings umzusteuern, da sich zum einen das Budget lediglich auf den stationären Teil bezog und zum anderen Patienten mit hohem ambulanten Potenzial häufig hohe stationäre Deckungsbeiträge generieren.

14.3.2 Anreize im PEPP-System

Ebenso wie das abgelöste Vergütungssystem mittels tagesgleicher Pflegesätze weist auch das PEPP-System Anreize auf verschiedenen Ebenen auf. Während bei einer Vergütung mit tagesgleichen Pflegesätzen Ineffizienzen bezüglich der Verweildauer ausgelöst wurden, ist im Rahmen von PEPP aufgrund der degressiven Vergütungsmechanik im Vergleich zur Vergütung mittels tagesgleichen Pflegesätzen von einer Abschwächung der Verweildauerausdehnung auszugehen (Wasem et al. 2012); entscheidend bleibt jedoch – auch wenn im Zuge des InEK-Handbuchs zur Kalkulation psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen die Kostenrechnung der Kliniken häufig einer Kostenartenrechnung entspricht – der Deckungsbeitrag, sodass durch den Tagesbezug der Vergütung der Anreiz hoher Verweildauern vor allem bei „lohnenden“ Patientengruppen bestehen bleibt. Hinzu kommen die Regelungen zur Fallzusammenführung bei erneuter Wiederaufnahme, sodass für das Krankenhaus auch hierdurch kein Anreiz zur verfrühten Entlassung gegeben ist. Ungeachtet dessen ist eine auf Skaleneffekte der zu vergütenden Fixkosten abzielende Fallzahlausweitung und Risikosektion im Sinne einer Fokussierung auf Behandlungsfälle, die Kurzliegerpotenzial oder geringe Behandlungsaufwände bei gleichzeitig hohen Erlösen aufweisen, als Fehlansatz vorstellbar.

Ungeachtet der regionalen Versorgungsverpflichtung, der die meisten der psychiatrischen Einrichtungen unterliegen und die einer rein ökonomischen Anreizanalyse entgegenläuft, gilt auch im PEPP-System, dass eine Behandlung unter ökonomischen Gesichtspunkten nur dann sinnvoll ist, wenn der Falldeckungsbeitrag, d. h. die Differenz von Erlösen und Kosten, positiv ist. Das Verweildaueroptimum liegt auch hier an dem Tag, an dem zu keinem späteren Zeitpunkt ein höherer Deckungsbeitrag möglich ist. Inwieweit sich dabei Verweildauerverkürzungen bzw. -ausdehnungen ergeben, ist wiederum

² Regelbehandlung, Intensivbehandlung, Rehabilitation, langdauernde Behandlung, Psychotherapie und tagesklinische Behandlung.

vom Verhältnis aus Grenzerlösen und Grenzkosten abhängig. Bei einer linearen Kostenfunktion liegt das Optimum an dem Punkt, an dem die Grenzerlöse die Grenzkosten (noch) übersteigen und somit der Deckungsbeitrag positiv ist. Ergibt sich kein Schnittpunkt aus Grenzerlösen und Grenzkosten und liegen die Grenzerlöse über den Grenzkosten, so besteht ein Anreiz zur Verweildauerausdehnung. Liegen die Grenzkosten über den Grenzerlösen (und kehrt sich das Verhältnis nicht zu einem späteren Zeitpunkt um), ist eine Behandlung nicht sinnvoll. Dies gilt gleichfalls für degressive Kostenfunktionen, wie sie vom InEK bei der Berechnung der Bewertungsrelationen angenommen werden.

Empirisch sind die Ergebnisse hier durchaus heterogen, wobei sich die Daten derzeit in der Regel auf die Optionsphase 2013 bis 2015 beziehen. So konnten Horter et al. (2016) für die Behandlung von alkoholbezogenen Störungen (F10.- ICD-10 GM; PEPP: PA02[A-D]) zeigen, dass sich für das Jahr 2015 eine Verkürzung der Verweildauer auf die Erlöshöhe auswirkt und somit ein Anreiz besteht, die Behandlungsdauer zu verkürzen. Birr et al. (2013) sehen jedoch für diese Indikation keinen Anreiz zur Verweildauerverkürzung, da sich bei der Analyse der Tageskostenverläufe und potenziellen PEPP-Vergütung, die zum damaligen Zeitpunkt noch mittels Vergütungsintervallen erfolgte, zeigte, dass die damals bestehende mittlere Verweildauer (MVD) alkoholkranker Personen kostendeckend gewährleistet werden kann. Zwar lag die MVD mit 10,75 Tagen bereits in der zweiten Vergütungsstufe und wies ein negatives Verhältnis von Grenzerlös und Grenzkosten aus. Allerdings konnte die Überdeckung in der ersten Stufe die Unterdeckung in der zweiten Stufe mehr als ausgleichen. Gleiches gilt für die PEPP PA03B (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation): Entsprechend der Erlösberechnung von 2013 könnte das Krankenhaus für die Mehrzahl der Patienten positive Falldeckungsbeiträge erzielen. Bei der PEPP PA04A (Affektive, neuroti-

sche, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Nebendiagnose, ohne komplizierende Konstellation) sehen die Autoren für Langlieger (mindestens 29 Tage dauernde Behandlungsfälle) einen gewissen Anreiz zur Verweildauerreduktion. Im Rahmen der Begleitforschung zu den Auswirkungen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems (Schreyögg et al. 2018) konnte jedoch keine Verweildauerverkürzung der Optionshäuser gegenüber der Kontrollgruppe gesehen werden. So lag die durchschnittliche Verweildauer in den PEPP-Häusern in den Jahren 2013 bis 2015 sogar um 5,7 Tage über derjenigen Einrichtungen, in denen nach Pflegesätzen abgerechnet wurde. Allerdings bestand diese Differenz bereits im Vorzeitraum, sodass von einem Selektionsbias der Optionshäuser ausgegangen wird. Eine Verringerung der Verweildauer im Rahmen der PEPP-Einführung konnte durch die Begleitforschung somit nicht festgestellt werden. Selbst der Einbezug der Hauptdiagnosen in das Regressionsmodell und der Ausschluss von Kurzliegern im Berechnungsmodell ergaben keine Hinweise auf eine Verweildauerverkürzung, die im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Entgeltsystems stehen könnte (Schreyögg et al. 2018).

Im Zusammenhang mit dem Einfluss der Verweildauer auf die Erlöshöhe wurde in der wissenschaftlichen Literatur auch eine mögliche Risikoselektion diskutiert, bei der durch den Leistungserbringer bevorzugt Patienten behandelt werden, die Kurzliegerpotenzial aufweisen. Der erhöhte Behandlungsaufwand, der bei dieser Patientengruppe zu erbringen ist, könne dabei durch die Fokussierung auf Patienten mit guter Adhärenz und geringem Betreuungsaufwand ausgeglichen werden (Horter et al. 2016). Im Rahmen der Begleitforschung zum neuen Entgeltsystem konnte im Zeitraum von 2013 bis 2015 kein Anstieg von Kurzliegerfällen verzeichnet werden (Schreyögg et al. 2018).

Daneben besteht für den Leistungserbringer grundsätzlich der Anreiz – bedingt durch die die Erlöshöhe bestimmenden jeweils er-

krankungsspezifischen Pauschalen und ergänzenden Tagesentgelte – das Behandlungsangebot zu ändern, indem bspw. mehr Intensivbehandlungen oder bspw. Psychotherapien mit positivem Deckungsbeitrag durchgeführt werden. Der von Horter et al. (2016) simulierte Anstieg durchgeführter, zumindest aber kodierter Intensivbehandlungen ließ sich jedoch von Schreyögg et al. (2018) nicht bestätigen, da für die optimierten Kliniken keine Änderung im Anteil der Fälle mit Intensivbehandlung sichtbar waren. Die genannten Ergebnisse beziehen sich dabei allerdings auf die Phase vor dem PsychVVG und somit auf eine Zeit, in der das Vergütungssystem stärker als Preis- und nicht als Budgetsystem konzipiert war. Verhandelt werden nunmehr nicht Leistungsmengen, zu deren Erbringung die Kostenverantwortung vollständig beim Leistungserbringer liegt und hohe Deckungsbeiträge maßgeblich sind, sondern Budgets, bei denen strukturelle Besonderheiten der Kliniken Berücksichtigung finden.

Diskutiert und befürchtet wurde zusätzlich der Anreiz der Leistungserbringer, Effizienzsteigerungen durch Personalabbau zu erzielen (Bühning 2015). Unter den Rahmenbedingungen des PsychEntgG wäre dies sicherlich denkbar gewesen. Durch die durch das PsychVVG geänderten regulatorischen Rahmenbedingungen ist hiervon jedoch nicht auszugehen, da die Personalvorgaben der PsychPV nicht wie ursprünglich geplant durch unverbindliche Personalempfehlungen des G-BA, sondern durch verbindliche Vorgaben ersetzt werden. Auch die anderen oben angesprochenen Anreizstrukturen und ihre Wirkungen werden durch die geänderten Rahmenbedingungen abgeschwächt.

Im Rahmen des PsychVVG wurde mit dem Ziel der Stärkung sektorenübergreifender Versorgung der neu geschaffene § 115d SGB V eingeführt, der die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld ermöglicht. Dadurch wird den Kliniken die Möglichkeit eröffnet, Patienten im häuslichen Umfeld zu behandeln (wobei die Behandlung in Inhalt, Flexibilität und Komplexität einer stationären Behandlung entsprechen muss) und diese Leistung über ein unbewertetes PEPP-

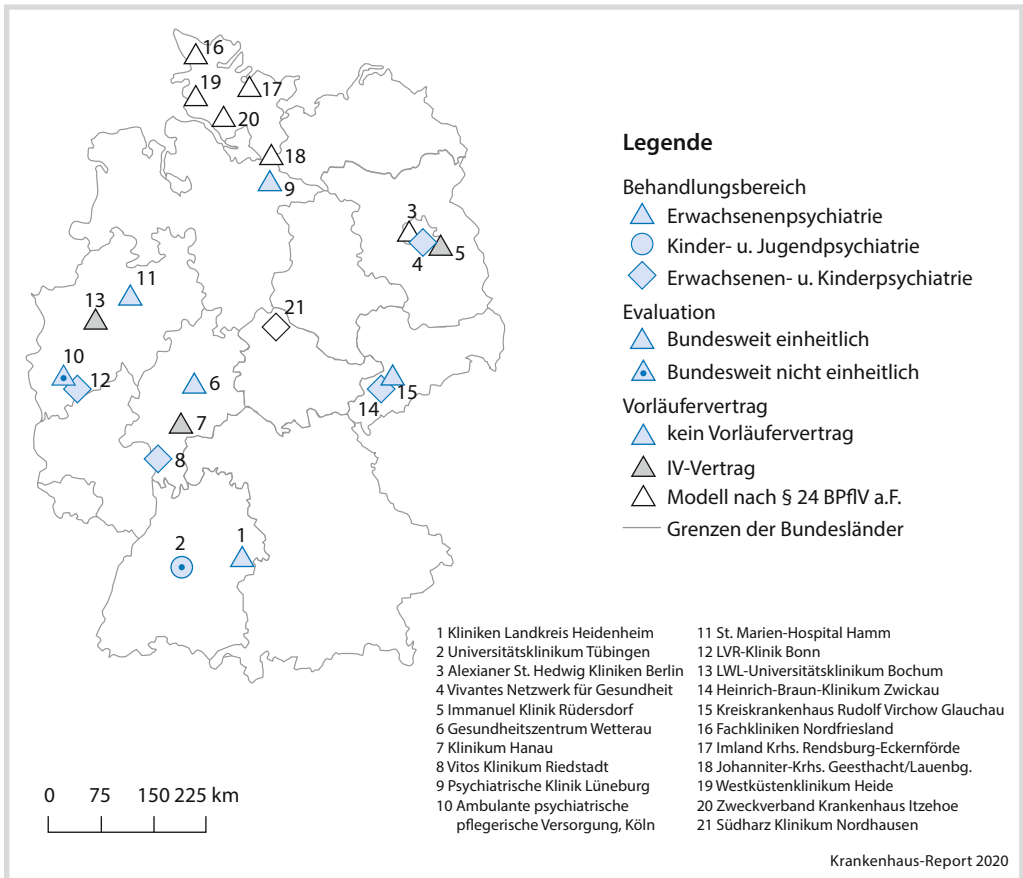
Entgelt abzurechnen (Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V). Trotz dieser Neuerung umfasst das Klinikbudget weiterhin lediglich den voll- und teilstationären Bereich sowie stationsäquivalente Leistungen.³ Es besteht somit kein Anreiz, stationäre und ambulante (PIA) Versorgungsformen zu verknüpfen. Hinzu kommt, dass Verweildauerverkürzungen und Verlagerungen in den ambulanten Bereich Veränderungstatbestände für die Budgetermittlung darstellen. Es besteht also ebenfalls kein Anreiz, Patienten bedarfsgerecht in die PIA, deren Kernaufgabe die Vermeidung oder Verkürzung stationärer Aufenthalte darstellt, umzusteuern, da dies das stationäre Klinikbudget absenken könnte.

14.3.3 Alternative Finanzierungsmodelle – Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Mit dem im Jahr 2012 ebenfalls im Rahmen des PsychEntgG in Kraft getretenen § 64b SGB V wurde psychiatrischen Kliniken und Abteilungen ermöglicht, Modellvorhaben mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Entsprechend § 64b SGB V und den zwischen Leistungserbringer und Kostenträger geschlossenen Modellverträgen zielen diese Modellvorhaben unter anderem auf eine bessere Patien-

³ An dieser Stelle sei bereits auf den Unterschied von stationsäquivalenter und stationärsersetzender Behandlung hingewiesen. Beide stellen Spielarten des Home Treatments dar. Während jedoch die stationsäquivalente Behandlung nach § 115d SGB V regulatorisch klar umrissen ist (Krankenhausleistung, Indikation stationärer Behandlung, Vorhaltung bestimmter Berufsgruppen für das Behandlungsteam, mindestens ein persönlicher Patientenkontakt pro Tag), ist die stationärsersetzende Behandlung, wie sie im Rahmen der Modellvorhaben durchgeführt wird, in ihrer zeitlichen und modularen Ausgestaltung wesentlich flexibler. Weiterhin ist die stationärsersetzende Leistung der Modellvorhaben Teil des bisherigen Klinikbudgets, wohingegen die stationsäquivalente Behandlung als Sondertatbestand in die Budgetverhandlung einfließen kann.

14.3 · Anreizwirkung der Vergütungssysteme im stationären Sektor



■ **Abb. 14.2** Standorte der Modellvorhaben nach § 64b SGB V

tenversorgung durch die Verbesserung der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ab. Weiterhin dienen die Modellvorhaben auch der Erprobung neuer Finanzierungskonzepte.

Seit 2012 wurden an 20 Kliniken bzw. eigenständigen Fachabteilungen entsprechende Verträge mit einer Laufzeit von in der Regel acht Jahren zwischen Leistungserbringer und Kostenträger geschlossen (■ Abb. 14.2).⁴ Die regulatorische Vorgabe, dass je Bundesland mindestens ein Modellvorhaben umgesetzt werden soll, konnte nicht erfüllt werden. So zeigen sich Lücken in den Stadtstaaten Bremen und Hamburg sowie in den Flächenländern Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz,

Saarland und Sachsen-Anhalt. In den übrigen Bundesländern konnte mindestens ein Modellvorhaben realisiert werden. Ein wesentliches Unterscheidungskriterium zu IV-Verträgen stellt der Patientenzugang dar. Bedürfen IV-Verträge einer Einschreibung durch den Patienten und betreffen oft nur bestimmte Diagnosen, erfolgt der Zugang zur Modellversorgung meist über den Wohnsitz (bspw. alle Einwohner definierter Landkreise) oder die Kasenzugehörigkeit⁵ des Patienten und umfasst alle psychiatrischen Diagnosen.

Den größten Unterschied in der Finanzierung der Modellvorhaben im Vergleich zum Finanzierungssystem gemäß PsychEntgG bzw.

⁴ Die ersten Verträge traten dabei im Jahr 2013 in Kraft.

⁵ So steht die Modellversorgung der Einrichtungen, die Verträge nur mit einzelnen Krankenkassen ge-

PsychVVG bildet das Zusammenlegen des Budgets für voll-, teilstationäre und stationärsersetzende Leistungen sowie den PIA-Erlösen zu einem Gesamtbudget (■ Tab. 14.2). Das im Rahmen der Modellvorhaben verwendete Entgeltverfahren (PEPP oder Pflegesätze bzw. PIA-Vergütung) stellt dabei lediglich Abschlagszahlungen dar. Bei Modellvorhaben, die bereits Vorgängerverträge (Regionalbudgets/§ 24 BPflV a. F. oder IV-Verträge) umsetzen, handelt es sich bei den zugrundeliegenden, ursprünglich zum Modellstart vereinbarten Budgets um Fortschreibungen dieser bestehenden Budgets, wobei – anders als beim PsychVVG – keine Personalvorgaben berücksichtigt wurden. Budgetanpassungen erfolgen lediglich im Rahmen der Steigerung um den Veränderungswert oder bei einer Änderung der Versorgungsregion oder relevanten Veränderung der Patientenzahlen, wobei in den meisten Modellvorhaben ein Korridor von 6 % herangezogen wird. Zu den größten Unterschieden gehört jedoch die Möglichkeit, die Vergütungssystematik frei verhandeln zu können. In fast allen Modellvorhaben wird nach einer Übergangszeit des jeweils ersten Modelljahrs, in dem tagesgleiche Pflegesätze zum Einsatz kamen, mittels PEPPs abgerechnet. Die PIA-Vergütung lehnt sich in der Regel an die Landesvorgaben an, kann aber auch durch die Vereinbarung gesonderter Entgeltschlüssel davon abweichen. Allerdings besteht bspw. ebenso die Möglichkeit, die Abschlagszahlungen je Sektor aufzuteilen: also die vollstationäre Vergütung über Pflegesätze, aber die teilstationäre Vergütung über monatliche Abschläge (je ein Zwölftel des teilstationären Budgets) zu gestalten. Auch die Regelungen des Budgetausgleichs sind zwischen psychiatrischer Einrichtung und Kostenträgern verhandelbar. Die Bandbreite reicht hier vom

vollständigen Mehr- und Mindererlösausgleich über einen hundertprozentigen Mindererlösausgleich mit gestaffeltem Mehrerlösausgleich hin zu detaillierten Zielvereinbarungen über die Zahl der je Bereich zu versorgenden Patienten und Behandlungstage mit Ausgleichsregelungen bei (Nicht)Erreichen der jeweiligen Vorgaben.

Dadurch, dass in den meisten Modellvorhaben lediglich eine zu behandelnde Kopfzahl zur Realisierung des Budgets in Verbindung mit einem vollständigen Erlösausgleich vereinbart wird, bestimmen somit weder die Zahl der Behandlungsfälle noch die Behandlungstage die Höhe der Vergütung. Auch das Setting – also ob ein Patient voll-, teilstationär oder ambulant behandelt wird – hat keinen Einfluss auf die Vergütungshöhe. Die Stellschraube einer wirtschaftlichen Behandlung besteht somit in der Minimierung des Ressourceneinsatzes, sodass für den Leistungserbringer der Anreiz besteht, die Patienten möglichst schnell in ambulante und weniger ressourcenintensive Versorgungsangebote oder gar in die vertragsärztliche, nicht das Klinikbudget belastende Versorgung umzusteuern (Wasem et al. 2012). Für den stationären Bereich kann davon ausgegangen werden, dass sich die Verweildauern einem ökonomischen und gleichzeitig auf den Behandlungsbedarf ausgerichteten Optimum angleichen, da zu lange Verweildauern Kosten verursachen, aber eine verfrühte Entlassung das Risiko einer erneuten (Kosten verursachenden) Einweisung erhöht; gleichzeitig besteht aber auch das Risiko, dass insbesondere Patienten mit einem kostenintensiven stationären Behandlungsbedarf die benötigte Behandlung gar nicht oder verzögert erhalten (Wasem et al. 2012). Von einer Umsteuerung aller zu versorgenden Patienten in die Tagesklinik oder Psychiatrische Institutsambulanz ist dennoch nicht auszugehen, da sich einerseits nicht alle Patienten für diese Behandlungsformen eignen, aber auch, da PIA-Behandlung deutlich geringere Abschlagszahlungen bedeutet und somit erst im Folgejahr auszugleichende Mindererlöse entstünden, die für die Klinik auch Liquiditätsprobleme be-

geschlossen haben, nur Personen offen, die bei der jeweiligen Krankenkasse versichert sind. Im Falle der psychiatrischen Klinik Lüneburg sind dies ausschließlich Versicherten der AOK Niedersachsen, in Rüdersdorf sind nur die Barmer und die Techniker Krankenkasse Vertragspartner (Aufzählung nicht erschöpfend).

14.3 · Anreizwirkung der Vergütungssysteme im stationären Sektor

■ Tabelle 14.2 Übersicht über Regelungen des PEPP-Systems und der Modellvorhaben (Quelle: Übersicht in Anlehnung an Deister und Wilms 2014)

	PEPP (PsychVVG)	Modellvorhaben (§ 64b SGB V)
Im Budget beinhaltetete Sektoren	<ul style="list-style-type: none"> – Vollstationär – Teilstationär (Tagesklinik) – Stationsäquivalent 	<ul style="list-style-type: none"> – Vollstationär – Teilstationär (Tagesklinik) – Stationsäquivalent – Ambulant (PIA)
Budgetermittlung	<ul style="list-style-type: none"> – Budget des Vorjahrs (ab 2020 unter Berücksichtigung der PPP-RL, struktureller und regionaler Besonderheiten und des strukturierten Krankenhausvergleichs) – Leistungsmengen und -art (PEPPs) 	<ul style="list-style-type: none"> – In den meisten Fällen Fortschreibung bestehender Budgets
Budgetentwicklung/-anpassung	<ul style="list-style-type: none"> – Veränderungen von Leistungsmenge und -art (steigernd/absenkend) – Kostenentwicklungen, Verweildauerentwicklungen (steigernd/absenkend) – Ergebnisse von Leistungsverlagerungen (steigernd/absenkend) – Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs (steigernd/absenkend) – Mehrkosten für die Umsetzung der verbindlichen Mindestpersonalvorgaben (steigernd) – Anpassungsvereinbarung – Obergrenze für Budgeterhöhung bildet Veränderungswert (mit Ausnahmen) 	<ul style="list-style-type: none"> – Entsprechend gesetzlichen Veränderungswerten – Veränderung der Versorgungsregion – Über-/Unterschreiten der festgelegten Kopfzahl (in der Regel $\pm 6\%$)
Leistungsabrechnung	<ul style="list-style-type: none"> – PEPP (tagesbezogene, degressive Pauschalen und ergänzende Tagesentgelte) 	<ul style="list-style-type: none"> – Grundsätzlich frei verhandelbar – Stationär: häufig Modellpflegesätze oder nach PEPP – PIA in der Regel entsprechend Landesvorgaben (sofern vorhanden), aber teilweise auch davon abweichend mit eigenen Entgeltschlüsseln – Aber auch: Monatliche Abschlagszahlungen (1/12 des Jahresbudgets) möglich
Budgetausgleiche	<ul style="list-style-type: none"> – Degression bei Mehrleistungen – Mehr- und Mindererlöse anteilig 	<ul style="list-style-type: none"> – Vollständiger Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen (fast alle Modellvorhaben) – Mindererlöse zu 100 %; Mehrerlöse gestaffelt (Hamm) – Ausgleich anhand Zielvereinbarungen der Kopfzahlen und Behandlungstage in den einzelnen Behandlungsbereichen (Lüneburg)

deuten können (Schröder 2016). Ungeachtet dessen besteht für den Leistungserbringer ein Anreiz, stationäre Kapazitäten abzubauen, um den Fixkostenanteil der Versorgung zu reduzieren, parallel dazu jedoch ambulante Strukturen auszubauen.

Dass die durch die Ausgestaltung der Modellvorhaben gesetzten Anreize Wirkung zeigen, konnte in verschiedenen Studien gezeigt werden. Es lässt sich zusammengefasst sagen, dass trotz der großen Heterogenität der Modellvorhaben ein deutlich höherer Ambulantisierungsgrad zu verzeichnen ist und vollstationäre Kapazitäten bei gleichzeitiger Stärkung tagesklinischer und ambulanter Versorgungsangebote abgebaut wurden (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft 2019). Auch eine Verringerung der Zahl der vollstationären Behandlungstage ließ sich beobachten (Neumann et al. 2019; Kliemt et al. 2018). Ergebnisse, die etwas über die Ergebnisqualität und somit dem Behandlungserfolg bezüglich klinischer Parameter aussagen, liegen derzeit nicht vor, es wird aber von einer Verbesserung des Funktionsniveaus sowie einer Reduktion der Symptomlast und Krankheitschwere berichtet (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft 2019). Hierzu bleiben aber die Ergebnisse der von der Universität Witten/Herdecke separat durchgeführten Evaluation des Marienhospitals Hamm sowie des durch den Innovationsfonds geförderten Projekts PsychCare abzuwarten.

14.4 Fazit

Nach einem etwas holprigen Start im Jahr 2012 und einer zwischenzeitlichen Neugestaltung der Rahmenbedingungen ist das neue pauschalierende Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) seit 2018 von allen entsprechenden Einrichtungen umzusetzen. Dabei war es ursprünglich als Preissystem konzipiert, ist aber durch die verstärkte Budgetorientierung im Rahmen des PsychVVG in den

Augen des GKV-SV zu einem „Abschlagssystem degradiert“ worden (Deutscher Bundestag 2019, S. 54). Parallel dazu werden seit 2013 alternative Vergütungskonzepte im Rahmen von § 64b SGB V erprobt. Beiden gemeinsam ist, dass sowohl das aktuell gültige Entgeltsystem gemäß PsychVVG als auch die Modellvorhaben die Kostenverantwortung weiter vom Kostenträger zum Leistungserbringer verschieben. Die gesetzten Anreize sind dabei jedoch verschieden voneinander. In Bezug auf die Verweildauer ist im PEPP-System davon auszugehen, dass der Anreiz einer Ausweitung von Behandlungstagen durch den degressiven Verlauf der Tagespauschalen begrenzt wird. Allerdings ist dies stets vom Falldeckungsbeitrag abhängig, sodass Fälle, bei denen die Grenzkosten geringer als die Grenzerlöse sind, durchaus einen Anreiz zur Verweildauerausdehnung bieten. Umgekehrt können bei komplexen und mit hohen Kosten verbundenen Fällen Verweildauerverkürzungen auftreten, um von einer höheren Bewertungsrelation und geringeren Fallkosten zu profitieren. Von einer Unterversorgung im Sinne deutlich zu kurzer Verweildauern ist jedoch nicht auszugehen, da bei einer Wiederaufnahme durch die Fallzusammenführungsregelungen höhere Kosten ohne zusätzliche Erlöse entstehen. Ähnliche Anreizmechanismen sind in den Modellvorhaben beobachtbar. Ein wesentlicher Unterschied zwischen dem PEPP-System und den Modellvorhaben besteht hingegen in den Anreizen zur Ambulantisierung. So sind im PEPP-System die Vergütungen von stationärer und ambulanter Behandlung nicht miteinander verknüpft und ein hoher Ambulantisierungsgrad mit dadurch bedingter Verweildauerverkürzung kann sich auf das Budget auswirken. Dadurch bieten sich nur wenig Anreize, Patienten in die PIA umzusteuern. Durch das Zusammenlegen von stationärem Budget und PIA-Erlösen in den Modellvorhaben ist aber genau dieser Anreiz gegeben.

So werden die Modellvorhaben in ihren Anreiz- und Wirkmechanismen nach Veröffentlichung erster Ergebnisse durchaus positiv gesehen. Doch während die DKG das Ri-

siko sieht, dass Umstrukturierungen wie z. B. eine Erhöhung tagesklinischer Behandlungsplätze oder PIA-Kapazitäten nach Ablauf der Modellvorhaben nicht mehr ausreichend finanziert werden können, ist man auf Seiten des GKV-SV zurückhaltender. Hier sollen zunächst die abschließenden Ergebnisse der gemäß § 65 SGB V gesetzlich vorgeschriebenen unabhängigen Evaluation abgewartet werden, bevor gesetzgeberisch eingegriffen wird, da die vorläufigen Ergebnisse der Evaluation eine große Heterogenität in den Ergebnissen aufzeigen (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft 2019). Derzeit liegen den die Evaluation gemäß § 65 SGB V beauftragenden Krankenkassen erste Zwischenberichte zu 16 und zweite Zwischenberichte zu zwölf Modellvorhaben vor. Vor Ende 2025 ist jedoch nicht mit einem alle Modellvorhaben umfassenden Abschlussbericht zu rechnen – einem Zeitpunkt, zu dem ein Großteil der Modellvorhaben (sollten sie nicht verlängert werden) bereits seit fünf Jahren ausgelaufen sein werden. Hier bleibt somit unklar, wie es mit den Modellvorhaben weitergeht; eine Überführung in die Regelversorgung ist derzeit nicht in Sicht.

Für die Regelversorgung entscheidend dürfte zukünftig die Ausgestaltung der Budgetfestsetzung sein – auch im Rahmen des Krankenhausvergleichs, der ein leistungsgerechtes Budget ermöglichen soll –, wobei es derzeit an konkreten Vorgaben mangelt, welche regionalen und strukturellen Besonderheiten in welchem Umfang Berücksichtigung finden sollen und durch das Ziel der Leistungsgerechtigkeit aus Sicht des GKV-SV konterkariert wird (Deutscher Bundestag 2019). Demgegenüber begrüßt die DKG die Ausrichtung des Vergütungssystems auf ein Budgetsystem, bemängelt aber, dass die PEPPs nicht geeignet seien, „um die Vielfalt und Individualität der psychiatrischen Versorgung sachgerecht abzubilden“ (Deutscher Bundestag 2019, S. 59). In seiner Stellungnahme zu den Erfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem bezweifelt der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschland (2019) mögliche Einspareffekte aufgrund

der budgetneutralen Einführung des neuen Entgeltsystems; einer der Gründe weswegen es ursprünglich eingeführt wurde: Leistungsgerechtigkeit und Kosteneinsparung. Inwieweit sich diese Vorstellungen erfüllen, müssen die Begleitforschung gemäß § 17d Abs. 8 KHG und der vom InEK durchgeführte Krankenhausvergleich zeigen. Ergebnisse der Begleitforschung für die Datenjahre 2016 bis 2018 sind voraussichtlich für 2021 zu erwarten. Öffentlich zugängliche Ergebnisse des Krankenhausvergleichs für die Vereinbarungsjahre 2018 und 2019 werden ab 2020 durch das InEK bereitgestellt.

Literatur

- Belling R (2016) PsychVVG – Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung? *f&w* 9:836–838
- Birr MC, Berton R, Studenski F (2013) Aktuelle Erläuterungen zum neuen Entgeltsystem 2013. In: Studenski F et al (Hrsg) Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik. Springer Gabler, Wiesbaden, S 229–258
- Bundesministerium für Gesundheit (2012) Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013 (Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013 – PEPPV 2013). Amtliche Begründung zum Referentenentwurf, angepasst an den Verordnungstext vom 19. November 2012. https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/psy/archiv/peppv2013_amtliche_begruendung.pdf. Zugriffen: 27. Juni 2019
- Bühning P (2015) Anreize für eine gute Versorgung, nicht für Erlösoptimierung. *Dtsch Arztebl* 112(42):A-1704–A-1705
- Deister A, Wilms B (2014) Downloadmaterialien zu Regionale Verantwortung übernehmen – Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V. Psychiatrie Verlag, Köln. https://psychiatrie-verlag.de/wp-content/uploads/2019/02/Downloadmaterialien_Regionale_Verantwortung_uebernehmen_01.pdf. Zugriffen: 30. Juni 2019
- Deutscher Bundestag (1975) Unterrichtung durch die Bundesregierung – Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/042/0704200.pdf>. Zugriffen: 4. Sept. 2019

- Deutscher Bundestag (2019) Unterrichtung durch die Bundesregierung – Gemeinsamer Bericht zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. und der Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. Drucksache 19/12850. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/128/1912850.pdf>. Zugegriffen: 04. September 2019
- GKV-Spitzenverband (2010) PIA-Vergütungsregelungen nach Bundesländern. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/fakten_und_analyse/psychiatrie_institutsambulanzen_pia/Psychiatrie_Tab_3_PIA-Verguetungsregelungen_nach_Bundeslaendern_16536.pdf. Zugegriffen: 3. Juli 2019
- GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2019) Gemeinsamer Bericht zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Abs 4 Satz 8 KHG. Deutscher Bundestag, Drucksache 19/12850. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/128/1912850.pdf>. Zugegriffen: 4. Sept. 2019
- Horter H, Driessen M, Zapp W (2016) Systemimmanente Anreize im Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) – Analyse am Beispiel der Behandlung der Alkoholabhängigkeit. Springer Gabler, Wiesbaden
- Kliemt R, Häckl D, Neumann A, Schmitt J (2018) Modellprojekte zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen nach § 64b SGB V – Überblick und erste Ergebnisse der bundeseinheitlichen Evaluation. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg) Gesundheitswesen aktuell 2018. Barmer, Wuppertal, S 156–179
- Krause PA (2018) Vergütung stationär-psychiatrischer Leistungen – Eine Einordnung der neuen PEPP-Entgeltsystematik mit Veränderungsvorschlag, Friedrich-Schiller-Universität Jena. https://www.db-thueringen.de/receive/dbt_mods_00034264. Zugegriffen: 3. Juli 2019
- Melchinger H (2008) Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Medizinische Hochschule Hannover, Zentrum Psychologische Medizin Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie. https://www.bvvdn-sachsen.de/wp-content/uploads/2018/09/strukturfragen_melchingerstudie__04_04_08.pdf. Zugegriffen: 14. November 2019
- Neubert O, Richter M (2016) Psychiatrische Institutsambulanzen – Erste Schritte zur Transparenz im Rahmen der PsychEntgeltreform. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2016. Schattauer, Stuttgart, S 63–84
- Neumann A, Kliemt R, Baum F, Schoffer O, March S, Seifert M, Swart E, Häckl D, Pfenning A, Schmitt J (2019) Zusammenfassung des aktuellen Standes der Evaluation von Modellvorhaben nach § 64b SGB V (EVA64) Zur Vorlage an das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des § 17d KHG (4). Deutscher Bundestag, Drucksache 19/12850. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/128/1912850.pdf>. Zugegriffen: 4. Sept. 2019
- Schreyögg J, Stargardt T, Kwietniewski L, König HH, Lambert M, Linschmann B, Bäuml M, Frey S, Birkner N, Everding J, Baumann M, Weide A, Könitz V, Pott C, Schütze I (2018) Begleitforschung zu den Auswirkungen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen – Auftrag nach § 17d Abs 8 KHG Endbericht für die Datenjahre 2011–2015. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.1_Stationaere_Verguetung/2.2.1.2_Abrechnungsbestimmungen/Endbericht_1_Forschungszyklus_Begleitforschun_Psychiatrie.pdf. Zugegriffen: 3. Juli 2019
- Schröder BB (2016) Regionalbudgets als alternative Finanzierungsform in der Psychiatrie. Eine gesundheitsökonomische Analyse am Beispiel der Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH. <https://d-nb.info/1095569295/34>. Zugegriffen: 12. Juni 2019
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (2019) Stellungnahmen der Fachgruppe Psychiatrische Einrichtungen im VKD für den Bericht § 17d Abs 4 Satz 9 KHG zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Deutscher Bundestag, Drucksache 19/12850. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/128/1912850.pdf>. Zugegriffen: 04. September 2019
- vdek – Verband der Ersatzkassen (2017) Entgeltsystem Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PEPP-System). <https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/pepp.html>. Zugegriffen: 3. Juli 2019
- Wasem J, Reifferscheid A, Südmersen C, Faßbender R, Thomas D (2012) Das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, Prüfung der Eignung alternativer Abrechnungseinheiten gemäß dem gesetzlichen Prüfauftrag nach § 17d Abs. I S. 2 KHG. IBES Diskussionsbeitrag Nr. 195. https://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/Forschung/IBES_

[Diskussionbeitraege/IBES_195_Gutachten_Psych-Entg_Final.pdf](#). Zugegriffen: 7. Juli 2019

Wolff-Menzler C, Große C (2014) Leistungs- und tagesbezogene pauschale Vergütung in der stationä-

ren psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung – Eine Analyse der Anreizwirkungen des PEPP-Systems. Gesundheitswesen 77:e112–e118

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

