



Finanzierung psychiatrischer Angebote und ihre Steuerungswirkungen

Gutachten
Dezember 2012

Dirk Richter



Titel	Finanzierung psychiatrischer Angebote und ihre Steuerungswirkungen Gutachten
Jahr	Dezember 2012
Autor	Dirk Richter, Prof. Dr. phil., Dozent angewandte Forschung und Entwicklung, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule
Auftraggeberin vertreten durch	Aktion Psychisch Kranke, Bonn, Deutschland Vertreten durch Prof. Dr. Heinrich Kunze
Copyright	Aktion Psychisch Kranke, Bonn, Deutschland Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit Abteilung angewandte Forschung und Entwicklung, Dienstleistung Murtenstrasse 10, 3008 Bern E-Mail: forschung.gesundheit@bfh.ch , Telefon: 0041 31 848 37 60



Inhalt

1 Ausgangslage	4
2 Auftrag	4
3 Methode	4
4 Datenextraktion	5
5 Merkmale der Publikationen	6
6 Analytierte Finanzierungsformen der psychiatrischen Versorgung	6
6.1 Managed Care	6
6.2 Managed Care – Carve Out Modelle	6
6.3 Kopfpauschalen	6
6.4 Einzelleistungsvergütungen	7
6.5 Fallpauschalen	7
6.6 Regionales Budget	7
6.7 Selbstbehalt	7
7 Ergebnisse	7
7.1 Allgemeine Finanzierungsveränderungen	8
7.2 Fallpauschalen-Modelle	8
7.3 Setting- und Zielgruppen-Effekte	9
7.4 Methodische Einschränkungen	10
8 Schlussfolgerungen	11
8.1 Anreizwirkungen	11
8.2 Effekte auf vulnerable Gruppen	12
8.3 Einführung von Finanzierungsmodifikationen	12
8.4 Schlussfolgerungen für die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland	13
9 Tabellarische Übersicht	14
10 Literatur	19



1 Ausgangslage

Die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland basiert bis heute im Wesentlichen auf tagesgleichen Pflegesätzen im stationären Bereich und in der Einzelleistungsvergütung im ambulanten Sektor. Aktuell werden für den stationären Bereich verschiedene Varianten in Betracht gezogen, um einen Wandel von den Tagessätzen hin zu ‚neueren‘ Finanzierungsformen wie Fallpauschalen bzw. Elementen von Fallpauschalen zu erreichen. Im Gegensatz zur stationären somatischen Versorgung ist die psychiatrische Versorgung von der Anwendung pauschalierter Vergütungssysteme bisher ausgenommen geblieben.

Über die Veränderung von Finanzierungsmodellen in der psychiatrischen Versorgung und ihre Auswirkungen auf Leistungserbringer und Patienten besteht gegenwärtig eine grosse Unsicherheit. Allgemein ist unklar, wie die Finanzierung im Detail ausgestaltet werden muss, damit es nicht zu ökonomischen Verwerfungen bei den Leistungserbringern oder – noch schlimmer – zu negativen gesundheitlichen Folgen bei den Patienten kommt. Veränderungen in der Finanzierung des Gesundheitswesens oder Teilen von ihnen werden relativ selten vorgenommen. Aus diesem Grunde liegen für Deutschland nur wenige Erfahrungen vor, vor deren Hintergrund man beurteilen oder gar prognostizieren könnte, wie anstehende Reformen sich auswirken könnten.

2 Auftrag

Mit dem Ausblick demnächst anstehender grundsätzlicher Veränderungen in der Finanzierung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland ist der Verfasser von der Aktion Psychisch Kranke (APK), Bonn, mit der Abfassung eines Gutachtens beauftragt worden, das die Auswirkungen verschiedener internationaler Finanzierungsformen untersuchen soll. Im Detail geht es um die Fragestellung, welche ökonomischen, versorgungsrelevanten und gesundheitlichen Auswirkungen Veränderungen in der Finanzierung haben können. Der Fokus liegt dabei auf den Folgen für die PatientInnen. Methodisch basiert dieses Gutachten auf einer umfassenden Literaturrecherche.

3 Methode

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine umfassende Literaturrecherche in den folgenden Datenbanken durchgeführt: PubMed¹, CINAHL², PsycInfo³, Google Scholar⁴ (insb. sog. Graue Literatur), Web of Science⁵. Der regionale Bezug der zu findenden Literatur bezog sich auf die folgenden Staaten/Regionen: Deutschland, Österreich, Schweiz, Westeuropa und Neue EU-Staaten, Nordamerika, Australien/Ozeanien.

¹ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

² <http://www.ebscohost.com/academic/cinahl-plus-with-full-text/>

³ <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>

⁴ <http://scholar.google.ch/>

⁵ <http://webofknowledge.com/WOS>



Folgende Suchterminologie wurde im Wesentlichen verwendet und je nach Erfordernis bei den einzelnen Datenbanken modifiziert: Diagnostic Related Groups, DRG, diagnostic groups, Case-mix, length of stay, prospective payment, Fallpauschalen, PPS, Entgeltsystem, expenditure, fiscal structure, cost, reimbursement, capitation, managed care

AND

Impact, consequences, evaluation, quality of care, quality of treatment, assessment, outcome

AND

Psychiatry, psychiatric care, mental health.

Eine Handsuche erfolgte in den folgenden Zeitschriften:

- Journal of Mental Health Policy and Economics;
- International Journal of Methods in Psychiatric Research;
- Journal of Health Politics, Policy and Law;
- Health Care Financing Review;
- Journal of Behavioural Health Services and Research;
- Administration and Policy in Mental Health.

Darüber hinaus wurden die Literaturverzeichnisse der genutzten Publikationen systematisch durchgesehen.

Soweit vorhanden, wurde auf bereits publizierte Literaturübersichten zurückgegriffen, um den Such- und Bearbeitungsaufwand im Rahmen des begrenzten Zeitbudgets so gering wie möglich zu halten. Publikationen, die innerhalb des in den Literaturübersichten angegebenen Zeitraums veröffentlicht wurden, sind hier nicht im Detail aufgeführt worden. In diesem Fall hat sich der Verfasser auf die Einschätzungen der Autoren der Übersichtsarbeiten verlassen. Dies gilt beispielsweise für die Effekte von Managed Care in den Vereinigten Staaten, für die Frank und Garfield eine Übersicht über die Veröffentlichungen der Jahre 1995 bis 2006 vorgelegt haben [1].

Ausgeschlossen wurden Arbeiten, welche sich ausschliesslich mit den Voraussetzungen von Fallpauschalen für die Verwendung im Bereich der Psychiatrie befasst haben. Dies betrifft beispielsweise Publikationen mit der Thematik von Verweildauern in psychiatrischen Kliniken oder solche, die sich mit der Erstellung von Case-Mix-Modellen oder statistischer Risikoadjustierung in diesem Bereich befasst haben.

Zu betonen sei, dass keine systematische Literaturübersicht angestrebt wurde, sondern vielmehr eine thematisch breite Übersicht über verschiedene Finanzierungssysteme und deren Konsequenzen. Eine systematische Übersicht hätte den Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen gesprengt. Allein die Suchanfrage („managed care“ AND (mental OR psychiatr*)) in der Datenbank PubMed erzielte über 2.700 Abstracts, welche durchgesehen hätten werden müssen.

4 Datenextraktion

Aus der Masse der in den Datenbanken identifizierten Literatur wurden 252 Veröffentlichungen gelesen und hinsichtlich der Relevanz für die Fragestellung eingeschätzt. Der Kern des Gutachtens basiert auf 41 deutschsprachigen und internationalen Publikationen, die für die Fragestellung als relevant eingeschätzt worden sind. Von diesen Veröffentlichungen sind zentrale Informationen in eine Tabelle extrahiert worden, um einen Überblick über die Eigenschaften der Pub-



likationen zu erhalten und um Ergebnistendenzen zu erhalten. Folgende Informationen wurden für jede der 35 Studien extrahiert: Autoren, Publikationsjahr, Publikationstyp, Land, Studientyp, Fragestellung/Zielsetzung, Resultate (s. Tabelle im Abschnitt 9).

5 Merkmale der Publikationen

Es handelt sich um 35 peer-reviewte Artikel, vier Berichte (sog. ‚graue Literatur‘), eine Master-These und eine Dissertation. 32 der 41 Arbeiten stammen aus bzw. beziehen sich auf Entwicklungen in den Vereinigten Staaten. Weitere Arbeiten beziehen sich auf europäische Staaten wie Österreich, Deutschland, Niederland und Rumänien. Bei 20 Publikationen handelt es sich um quasi-experimentelle Studien, zusätzlich wurden zwei randomisierte Studien identifiziert sowie zwei Studien mit einem Prä-Post-Design. Die weiteren Studientypen sind gesundheitsökonomische und sozialpolitische Analysen sowie Literaturübersichten.

6 Analytierte Finanzierungsformen der psychiatrischen Versorgung

Die in den Arbeiten analysierten Finanzierungsformen sind:

- Managed Care-Modelle,
- Managed Care-Modelle in gesonderten Organisationen (Carve Out-Modelle),
- Kopfpauschalen,
- Einzelleistungsvergütungen,
- Fallpauschalen,
- Regionales Budget,
- Selbstbehalt.

Diese Finanzierungsformen wurden zum Teil gegeneinander getestet, zum Teil wurden sie mit ‚traditionellen‘ Vergütungsformen wie tagesgleichen Pflegesätzen im stationären Bereich oder mit Einzelleistungsvergütungen im ambulanten Sektor verglichen.

6.1 Managed Care

Bei *Managed Care*-Finanzierungen der Gesundheitsversorgung handelt es sich um festgelegte Versorgungs- und Finanzierungsabläufe, in denen üblicherweise die freie Arzt- oder Behandlerwahl zugunsten vorab definierter Behandler eingeschränkt worden ist.

6.2 Managed Care – Carve Out Modelle

Bei *Carve Out*-Modellen handelt es sich um spezielle US-amerikanische Versicherungsformen, in denen bestimmte Krankheitsbilder nicht unter die allgemeine Krankenversicherung fallen, sondern in besonderen Organisationen ausgegliedert werden. *Carve Outs* sind eine Variante innerhalb der *Managed Care*-Finanzierung. Hierdurch verspricht man sich eine bessere Qualität und Kostenkontrolle durch Spezialisierung. Psychische Störungen werden von vielen *Health Maintenance Organisations* (HMO) in den USA in sog. *Carve Outs* geregelt.

6.3 Kopfpauschalen

Als Kopfpauschalen (engl. *Capitation*) im Gesundheitswesen werden fixe Beträge pro versichertem/r PatientIn bezeichnet, welche ein/e LeistungserbringerIn in einem definierten Zeitraum (i.d.R. ein Jahr) erhält. In den Vereinigten Staaten existieren Kopfpauschalen ebenfalls als Varianten der *Managed Care*-Versicherungsmodelle. Der/die LeistungserbringerIn erhält somit den Anreiz, möglichst wenig Kosten für diese/n PatientIn zu verursachen. Eine Variante dieser Finan-



zierungsform besteht darin, dass ein/e Hausarzt/Hausärztin auch für das gesamte Kostenbudget für diese/n PatientIn verantwortlich ist und somit auch ein Anreiz besteht, als *Gatekeeper* möglichst wenig Kosten durch andere Leistungserbringer/Innen verursachen zu lassen.

6.4 Einzelleistungsvergütungen

Hierbei handelt es sich um die seit vielen Jahrzehnten bekannte Abrechnungsform, die im Gesundheitswesen üblich war, dass nämlich LeistungserbringerInnen jede einzelne Leistung mit dem Versicherer abrechnen (engl. *Fee for service*, FFS).

6.5 Fallpauschalen

Im Rahmen von Fallpauschalen werden einzelne Behandlungsepisoden (i.d.R. stationäre Behandlungen) mit einem fixen Betrag vergütet. Die Höhe des Betrags wird üblicherweise als Durchschnitt für Patienten mit dem gleichen Risikoprofil und der gleichen Behandlung berechnet, beispielsweise als *Diagnosis Related Group* (DRG). Für LeistungserbringerInnen besteht der Anreiz darin, innerhalb der Behandlungsepisode möglichst wenig Kosten entstehen zu lassen; die nicht entstandenen Kosten unterhalb der Fallpauschale entstehen dann als Gewinn für den/die LeistungserbringerIn.

6.6 Regionales Budget

Das Regionale Budget ist eine deutsche Finanzierungsform, welche im Rahmen eines Pilotprojekts im Raum Itzehoe/Schleswig-Holstein für die dortige psychiatrische Versorgung entwickelt und implementiert worden ist. Hierbei wird ein Globalbudget für eine Versorgungsregion berechnet, wodurch der Anreiz besteht, innerhalb des Versorgungssystems möglichst kostengünstig zu arbeiten.

6.7 Selbstbehalt

Unter Selbstbehalten (engl. *co-payment*) versteht man die Zuzahlung von PatientInnen zu bestimmten Leistungen, die von der Krankenversicherung gezahlt werden. Dies betrifft beispielsweise die Zuzahlung zu Medikamenten oder Arztbesuchen (nicht zu verwechseln mit Franchisen, wie sie etwa in der Schweiz üblich sind).

7 Ergebnisse

Die Literatursuche konnte eine Anzahl von Studien und Literaturübersichten identifizieren, welche sich mit der Fragestellung dieses Gutachtens in Teilbereichen befasst haben. Aufgrund der unterschiedlichen Fragestellungen, Interventionen und Gesundheitssysteme, in denen diese Studien durchgeführt wurden, lassen sich jedoch kaum verallgemeinerbaren Erkenntnisse erschliessen. Wie daher ebenfalls kaum anders zu erwarten war, sind die Ergebnisse der identifizierten Studien sehr heterogen.

Vor dem Hintergrund der Komplexität der Finanzierungs- und Versorgungssysteme kann es kaum verwundern, dass vergleichende Literaturübersichten zu keinen klaren Aussagen über die optimale Finanzierungs- und Versorgungsform kommen. Becker und Kilian kommen beispielsweise zu dem Schluss, dass das Versorgungsergebnis weder von bestimmten Versorgungsformen noch von der Geldmenge im System abhängt, wenn ein bestimmter Mindeststandard vorausgesetzt werden kann [2]. Im Rahmen eines gesundheitsökonomischen Vergleichsprojekts der europäischen Modelle konnten Knapp und andere lediglich feststellen, dass es keine Übereinstimmung über die optimale Finanzierung in Europa gibt [3].



7.1 Allgemeine Finanzierungsveränderungen

Generell kann festgehalten werden, dass ein Grossteil der finanziell bedingten Interventionen (beispielsweise Kopfpauschalen oder *Managed Care*) die zu erwartenden *ökonomischen* Effekte erbracht hat. In aller Regel wurden Kosteneinsparungen intendiert, beispielsweise durch Kopfpauschalen oder durch gesonderte Krankenversicherungsmodelle für psychisch kranke Menschen. Die finanziellen Anreize haben in den meisten der hier referierten Publikationen zu den gewünschten wirtschaftlichen Folgen geführt.

Die Heterogenität der Ergebnisse gilt ebenso bezüglich der Folgen der Finanzinterventionen für die betroffenen Menschen, die *patientenrelevanten* Effekte, aber auch für die Leistungserbringer. Mehrere Studien haben gezeigt, dass die Veränderung finanzieller Anreize und Bedingungen für Leistungserbringer und Patienten keine nachteiligen Wirkungen bezüglich des Outcome zur Folge hatte. Interessanterweise ist dies vor allem bei Studien zu sehen, welche in der Frühzeit ökonomischer Evaluationen unternommen wurden. So hat beispielsweise eine Literaturübersicht über *Managed Care*-Programme vom Ende der 1990-er Jahre nur wenige Hinweise auf negative Effekte bei gleichzeitigen Einsparungen gefunden [4]. Eine knapp zehn Jahre später publizierte Übersicht über *Carve-Out*-Programme kam hingegen zu dem Ergebnis, dass die Zahl der negativen Studien die positiven Publikationen überwog [1]. Ein möglicher Hintergrund dieser unterschiedlichen Bewertungen ist, dass spezifische Qualitätsindikatoren erst in jüngeren Jahren in den entsprechenden Studien eingesetzt worden sind. Ein weiterer Hintergrund ist die verschärfte Fragmentierung der Gesundheitsversorgung, die durch *Carve-Out*-Programme angestossen wurde.

Die zahlreichen Studien und Interventionen in den USA haben erhebliche Auswirkungen auf die Angebotspalette in der psychiatrischen Versorgung gezeigt. Tendenziell kam es unter ökonomischen Anreizen zu einer Verschiebung von psychosozialen Behandlungsformen hin zu pharmakologischen Interventionen. Der erhebliche Ausbau von *Managed Care*-Versicherungsverhältnissen ist vermutlich auch für den generellen Wandel in der ambulanten psychiatrischen Versorgung in den Vereinigten Staaten mit verantwortlich [5]. Hier zeigte sich zwar, dass der Anteil der Bevölkerung, die eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen hatte, sich zwischen 1998 und 2007 nicht verändert hatte, allerdings ging die Anzahl der Sitzungen pro Therapie und auch die Kosten pro Therapie deutlich zurück, und zwar zugunsten der pharmakologischen Behandlung.

Im Grossen und Ganzen ist die Behandlungsqualität für die meisten Patienten in der psychiatrischen Versorgung stabil geblieben. Allerdings haben mehrere Studien gezeigt, dass insbesondere die schwer kranken Patienten, beispielsweise Psychosekranken, tendenziell nicht von den Veränderungen profitiert haben, sondern sich mit einer schlechteren Qualität konfrontiert sahen [6-8].

7.2 Fallpauschalen-Modelle

Hinsichtlich der Problematik der Fallpauschalen (zum Beispiel DRGs) wurden nur wenige relevante Publikationen gefunden. Anders als im somatischem Bereich sind nur wenige Studien und Analysen vorgenommen worden, was sicherlich auch daran liegt, dass die Psychiatrie in vielen Ländern – wie in Deutschland – von der Einführung der DRGs ausgenommen worden ist. Ein im Rahmen eines europäischen Forschungsprojekts vorgelegtes Resümee für den somatischen



Bereich geht davon aus, dass die DRGs in Europa nicht zu verschlechterten Behandlungsergebnissen geführt haben. Dies gilt nicht für die Vereinigten Staaten, wo durchaus adverse Effekte bezüglich Wiederaufnahmen und Mortalität registriert wurden [9].

Eine zunächst nur als Graue Literatur veröffentlichte systematische Literaturübersicht der Universität York, Grossbritannien, über die Anwendung von Fallpauschalen in der Psychiatrie hat keine für die vorliegende Fragestellung relevante Originalstudie finden können [10]. Auch in der nachfolgenden Zeitschriftenpublikation wurde keine empirische Studie über die Auswirkungen auf Patienten und Versorger identifiziert [11]. Generell kann festgehalten werden, dass die nicht-ökonomischen Auswirkungen von Fallpauschalen-Modellen als nicht untersucht gelten können.

In ökonomischer wie administrativer Hinsicht wurde in dieser Arbeit festgestellt, dass Fallpauschalen-Modelle nur zu einem Teil erfolgreich waren. Dies wurde beispielsweise an den Beobachtungen festgemacht, dass einzelne Einführungen, wie etwa in den USA, wieder rückgängig gemacht worden. In anderen Ländern wurden die Fallpauschalen lediglich für den stationären Bereich angewendet. Dies hat natürlich nur zum Teil die gewünschten ökonomischen Effekte zur Folge, da der ambulante Sektor oder auch der komplementäre Bereich ausgespart geblieben sind. Nicht selten kam es zu Kosten- und Leistungsverlagerungen.

Trotz der kaum vorhandenen empirischen Fundierung der Folgen von Fallpauschalen-Modellen haben die Autoren der Literaturübersicht mehrere Empfehlungen für die Einführung von DRGs und verwandten Modellen ausgesprochen. Eine der wichtigsten Empfehlungen, die in dieser Studie gemacht wurde, ist die langsame und vorsichtige Einführung von Fallpauschalen im psychiatrischen Bereich. In allen in die Studie einbezogenen Ländern ist die Psychiatrie erst nach einschlägigen Erfahrungen im somatischen Bereich in den Genuss von Fallpauschalen gekommen. Die Autoren sehen bei einem anderen Vorgehen vor allem die Gefahr, dass es bei den Leistungserbringern kurzfristig zu finanziellen Problemen kommen kann. Damit dies nicht zu Auswirkungen für die Patienten führt, müssen entsprechende Ausgleichs- und Anpassungsmechanismen implementiert werden.

In diesem Zusammenhang wird ebenfalls vorgeschlagen, die Einführung eines Fallpauschalen-Modells unter Budgetneutralität vorzunehmen. Nach Ansicht der Autoren geht es zunächst in erster Linie um ein verändertes Verteilungsmodell und erst anschliessend um potentielle Einsparungen. Gegenüber fixen Fallpauschalen äussern sich die Autoren skeptisch, sie schlagen hingegen vor, unterschiedliche Tagessätze innerhalb eines Pauschalrahmens zuzulassen. Begründet wird dies mit dem unterschiedlichen Aufwand für Administration und Behandlung im Verlauf einer Behandlungsepisode. Schliesslich wird von den Verfassern vorgeschlagen, klare Qualitätsanreize in neue Finanzierungsmodelle für die Psychiatrie mit einzubauen. Leistungserbringer mit besseren Outcome-Ergebnissen sollten schlussendlich belohnt werden können.

7.3 Setting- und Zielgruppen-Effekte

In den verschiedenen Studien, die unten dargestellt werden, sind diverse psychiatrische Settings (stationär vs. ambulant) und Zielgruppen (psychisch kranke Menschen im Allgemeinen, Suchterkrankte, Kinder und Jugendliche, gerontopsychiatrische PatientInnen) bezüglich Effekte von Finanzierungsveränderungen untersucht worden. Weder bei den Settings noch bei den Zielgruppen sind einheitliche Wirkungsrichtungen erkennbar. Veränderungen der Finanzierungsmodalitäten haben offenbar keine spezifischen Auswirkungen auf bestimmte Zielgruppen oder Settings.



7.4 Methodische Einschränkungen

Die Interventionen, Ergebnisse und Erfahrungen aus verschiedenen Ländern lassen sich kaum unmittelbar auf andere Gesundheitssysteme übertragen. Zu unterschiedlich sind die Wohlfahrtsstaatsmodelle, etwa zwischen den USA und den Staaten auf dem europäischen Kontinent. Hinzu kommen extrem heterogene Detailbedingungen in der psychiatrischen Versorgung. Dies beginnt schon bei der Frage, welche Versorgungssektoren zum Gesundheitswesen gehören. In mehreren Staaten ist beispielsweise die komplementäre Versorgung im Bereich Wohnen und Arbeit nicht Bestandteil des Gesundheitssystems, sondern wird von der Sozialhilfe abgedeckt. Unterschiede gibt es auch bei den Versicherungsmodellen, die von rein steuerfinanzierten Ansätzen bis hin zu eher Privat-Modellen erreichen können.

Sodann wird in den meisten Studien auch nicht berichtet, welche Änderungen in der Versorgungspraxis mit den Finanzierungsmodalitäten einhergehen, ob etwa die angestrebten Veränderungen auch tatsächlich umgesetzt wurden. Aus der Organisationsforschung ist bekannt, dass Gesundheitssysteme relativ träge sind. Da sich nur tatsächliche Verhaltensänderungen der BehandlerInnen auch auf die PatientInnen auswirken können, bleibt somit der Eindruck einer ‚Black Box‘, bei der nicht wirklich bekannt ist, was passiert.

Weiterhin kann bei den oben berichteten Ergebnissen nicht sicher festgestellt werden, was tatsächlich auf die Intervention zurückzuführen ist oder was eine Auswirkung der sozialpolitischen und organisatorischen Randbedingungen darstellt. Hinzu kommt, dass zeitgleich zu den veränderten Finanzierungsmodellen andere Einflussfaktoren auf das Gesundheitssystem im Allgemeinen und die psychiatrische Versorgung im Besonderen wirken können. Dies sind beispielsweise Qualitätsinitiativen, neue therapeutische Angebote oder aber sozialpolitische Massnahmen (z.B. [12]; [13]), welche bei den Studien kaum Berücksichtigung finden konnten.

Bei den hier berücksichtigten Studien ist der gleiche Mangel zu sehen, wie er bei Implementierungsstudien in der Psychiatrie generell vorhanden ist. Die Kontextfaktoren werden bei derartigen Interventionen in aller Regel nur unzureichend berücksichtigt [14]. Dies ist zwar methodisch verständlich, da man die Kontextfaktoren kaum kontrollieren kann, gleichwohl ist der Kontext für die Beurteilung der Effekte von Interventionen im sozialpolitischen Raum eine unverzichtbare Grösse. Dies gilt insbesondere dann, wenn es um die Übertragbarkeit von Studienresultaten zwischen verschiedenen Staaten und Regionen geht [15].

Schliesslich ist zu bedenken, dass in einer Vielzahl von Studien primär administrative Daten zur Verfügung standen, was die Sensitivität der Ergebnisvariablen in Frage stellt. In diesem Zusammenhang werden in der Regel die Daten nicht am Patienten oder aus Patientensicht generiert, sondern im Versorgungssystem gemessen (z.B. Wiederaufnahmen, Zugang zur Behandlung).

Die Herstellung der Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen psychiatrischen Finanzierungssystemen müsste zahlreiche Faktoren und Indikatoren berücksichtigen. Eine entsprechende Veröffentlichung der Weltgesundheitsorganisation hat hierfür die folgenden Bereiche identifiziert [16]:

- Allgemeine Finanzierung der Gesundheitsversorgung,
- Ausgestaltung des psychiatrischen Versorgungssystems,
- finanzielle Ressourcen für die psychiatrische Versorgung,
- Allokation der Ressourcen,
- Budgets für Administration und Steuerung,
- Effektivität und Effizienz,
- Informations- und Managementsystem.



Hinzu kämen noch zeitliche Veränderungen in diesen Bereichen, von daher wird es kaum möglich sein, psychiatrische Versorgungssysteme und ihre Auswirkungen tatsächlich vergleichen zu können.

8 Schlussfolgerungen

8.1 Anreizwirkungen

Mit entsprechenden Anreizen für Versorger, aber auch mit den notwendigen Organisationsveränderungen können erwünschte Effekte, beispielsweise Einsparungen oder Qualitätsverbesserungen erzielt werden [17]. Gleichwohl ist auch darauf zu achten, dass die Effekte auch in die gewünschte Richtung erfolgen. Anreizeffekte können auch nicht-intendierte Folgen annehmen. So ist aus der Literatur bekannt, dass bestimmte Finanzierungs- und Qualitätsmanagement-Modelle Veränderungen in der Dokumentation und im Diagnoseverhalten der BehandlerInnen zur Folge haben können [18]. Diese Veränderungen orientieren sich nicht selten an den zu erwartenden finanziellen Resultaten und nicht immer an den patientenrelevanten Indikatoren.

Daher enthalten, wie in der Übersichtsarbeit zur Fallpauschalen in der Psychiatrie hervorgehoben wurde [10,11], viele dieser Vergütungsprogramme ‚Gegenanreize‘. Diese Gegenanreize sind einerseits notwendig, um Fehlsteuerungen zu vermeiden, andererseits steigern sie die Komplexität und die Kompliziertheit des Systems.

Finanzielle Anreize wirken, wie einer neueren systematischen Übersicht zu entnehmen ist, übrigens auch für die PatientInnen. Wenngleich noch nicht viele Studien im psychiatrischen Bereich unternommen wurden, so weisen die Resultate der Forschung doch darauf hin, dass man PatientInnenverhalten ändern kann [19]. Allerdings verschwinden die Effekte oftmals dann, wenn auch der finanzielle Anreiz entfallen ist, so dass von einer Nachhaltigkeit nicht unbedingt ausgegangen werden kann.

Gemäss einer aktuellen Cochrane Library-Übersicht für den gesamten Gesundheitsbereich kann jedoch zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht von einer Effektivität finanzieller Anreize für patientenrelevante Ergebnisse ausgegangen werden [20]. Während für zahlreiche versorgungsrelevante Bereiche in der Tat Verbesserungen durch finanzielle Anreize erzielt werden können, liegen für patientenrelevante Indikatoren bislang keine entsprechenden Studien vor. Eine zusätzliche Komponente betrifft die NutzerInnen-/PatientInnen-Sicht, die nicht notwendigerweise mit der Perspektive der BehandlerInnen oder sozialpolitischer Intentionen übereinstimmen muss [21]. Insbesondere die Recovery-Bewegung der letzten Jahre bringt dabei eine ganz eigene Perspektive ein, welche evidenzbasierte Bestrebungen nicht gerade sonderlich stützt [22,23].

Aus der Forschung über Fallpauschalen-Systeme ist bekannt, dass diese – um es gesundheitsökonomisch auszudrücken – ‚high powered incentives‘ darstellen, also sehr starke Anreize sind, die sich etwa rein auf die Kontrolle der Kosten auswirken [24]. Um die Auswirkungen im sozial- und psychiatriepolitischen Sinne in Grenzen halten zu können, wären dagegen eher ‚low powered incentives‘ angemessen. Hierunter versteht man beispielsweise zusätzliche Vergütungen für entsprechende Leistungen oder für das Erreichen von Qualitätszielen.

Insgesamt gesehen ist die Literaturlage mehr als unbefriedigend. Ob finanzielle Anreizveränderungen sich tatsächlich auf die BehandlerInnen und dann im weiteren auch auf die PatientInnen positiv oder negativ auswirken, das kann an dieser Stelle nicht mit der notwendigen Evi-



denz festgestellt werden. Bekanntermaßen bedeutet das Fehlen von Evidenz aber eben nicht Evidenz über das Fehlen von Effekten („absence of evidence is not evidence of absence“) [25].

8.2 Effekte auf vulnerable Gruppen

Bei den Folgen für die Patienten muss darauf geachtet werden, dass besonders vulnerable Gruppen nicht beeinträchtigt werden. In den USA haben einige frühe Finanzierungsreformen in den 1990er-Jahren zu teilweise massiven Verwerfungen geführt, indem PatientInnen aus der Versorgung fielen oder aber gar keine Möglichkeit des Zugangs zur Behandlung erhielten [26]. In der Geschichte der Psychiatriereformen sind zahlreiche Beispiele zu finden, bei denen die Veränderungen sich lediglich für die Bessergestellten und weniger schwer kranken Menschen positiv ausgewirkt haben. Dieser Umstand ist in der Literatur als ‚*Worried well*‘-Effekt bekannt [27].

Im Zusammenhang mit der demnächst obligatorischen Krankenversicherungspflicht in den USA werden aktuell Befürchtungen auf der Basis empirischer Forschungen laut, einzelne private Versicherungen könnten versucht sein, Mitglieder nach Krankheitsschwere zu selektieren („*adverse selection*“) [28]. Diesem ‚perverse Anreiz‘ – wie man in der Gesundheitsökonomie zu sagen pflegt – muss von politischer Seite wie von professioneller Seite aktiv entgegengewirkt werden.

Die beiden gerade genannten Punkte der (Fehl-)Anreize und der Risiken für vulnerable Gruppen verweisen in praktischer Hinsicht auf notwendige administrative Massnahmen und Folgekosten, welche potenzielle Einsparungen wieder kompensieren können. Die parallele Entwicklung von Fallpauschalen-Systemen und Qualitätsmanagement-Systemen im Gesundheitswesen in den 1980er und 1990er-Jahren sind nicht zufällig geschehen, sondern bedingten sich gegenseitig. Ein Hintergrund dabei war die Überlegung, dass die absehbaren Einsparungen pro Patientenbehandlung, welche durch eine erhöhte Produktivität im Sinne von Zeit pro Patient nicht zu qualitativen Einbußen führen sollten. Eine ‚verbesserte‘ Produktivität im genannten Sinne hat immer das Risiko eines Qualitätsverlusts zur Folge [29].

8.3 Einführung von Finanzierungsmodifikationen

Veränderte Finanzierungsmodelle in der psychiatrischen Versorgung sollten über einen längeren Zeitraum eingeführt werden, damit eventuelle negative Konsequenzen frühzeitig erkannt werden und ihnen adäquat begegnet werden können. Ohne eine entsprechende qualitätsorientierte psychiatrische und gesundheitsökonomische Begleitforschung sollten Finanzierungsveränderungen in diesem sensiblen Bereich nicht durchgeführt werden. Diese Forschung sollte langfristig angesetzt sein, aus methodischer Sicht bedarf es vor allem Längsschnittstudien für einzelne Störungsbilder [30].

Hinzu kommt, dass der Fokus der Finanzierungsmodifikationen sich in aller Regel nicht auf einen Versorgungssektor beschränkt. Wie in dem schon zitierten europäischen DRG-Begleitforschungsprojekt im somatischen Bereich festgestellt wurde, hat das DRG-Konzept einen erheblichen Nachteil dahingehend, dass sich die Finanzierung nur auf den stationären Sektor beschränkt. Hierdurch haben die LeistungserbringerInnen oftmals keinen Anreiz, sich um die Folgewirkungen in anderen Sektoren zu kümmern [31].



8.4 Schlussfolgerungen für die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland

Für die psychiatrische Versorgung der Bundesrepublik Deutschland kann an dieser Stelle ebenfalls nur auf die drei oben genannten Punkte verwiesen werden. Es gilt darauf zu achten, dass die Anreize die intendierten Wirkungen erzielen, und dass auch tatsächlich patientenrelevante (und nicht nur ökonomisch relevante) Anreize in der Versorgung sich auswirken. Weiterhin sind die Effekte auf besonders vulnerable Patientengruppen, beispielsweise chronisch an einer Psychose erkrankte Menschen, zu evaluieren und unter Umständen negative Effekte zu eliminieren. Hierbei gilt es auch, die Auswirkungen in nicht-medizinischen Sektoren des Versorgungssystems zu beachten, etwa im Bereich der durch Sozialhilfe finanzierten Wohnversorgung für psychisch Kranke. Schlussendlich müssen Finanzierungsveränderungen gerade wegen der absehbaren Folgen, deren Richtung oftmals gar nicht vorhersehbar ist, langsam und durch eine Evaluationsforschung begleitet eingeführt werden.

Veränderte Finanzierungsbedingungen im psychiatrischen Bereich bedeuten nicht per se eine Verschlechterung der Behandlungsbedingungen oder der patientenrelevanten Behandlungsergebnisse. Sie bedeuten aber auch nicht per se eine verbesserte Qualität oder eine erhöhte Produktivität, bei der die Qualität gehalten werden kann.



9 Tabellarische Übersicht

Autoren	Publikations-jahr	Publikations-typ	Land	Studientyp	Fragestellungen/ Zielsetzungen	Resultate
Bloom [32]	2002	Journal	US	quasi-experimentell	Kopfpauschalen vs. Einzelleistungsvergütung	erhebliche Einsparungen durch KP; Verlagerung und Flexibilisierung der ambulanten Versorgung
Bloom [33]	2003	Journal	US	quasi-experimentell	Kopfpauschalen vs. Einzelleistungsvergütung	unter KP vermehrte Verschreibung von Atypika bei Psychosekranken
Catalano [34]	2000	Journal	US	quasi-experimentell	Kopfpauschalen vs. Einzelleistungsvergütung Kinder	Rückgang der Kosten, aber kaum Anstieg der Prävention
Catalano et al. [35]	2005	Journal	US	quasi-experimentell	Kopfpauschalen vs. Einzelleistungsvergütung	KP führen nicht zu mehr psychiatrischen Notfallbehandlungen
Chou et al. [36]	2005	Journal	US	quasi-experimentell	Kopfpauschalen vs. Einzelleistungsvergütung	Tendenz zu weniger komplexen Versorgungsarrangements, besser koordiniert, aber auch weg von Individualtherapie zu Gruppentherapie
Chuang et al. [37]	2011	Journal	US	quasi-experimentell	MC vs. andere Finanzierungsformen bei ambulanter Suchtbehandlung	Leichte Vorteile bei nicht MC-Finanzierung
Coleman et al. [6]	2005	Journal	US	Literaturübersicht	MC in der psychiatrischen Versorgung	Kostensenkung und grundsätzlich gute Versorgung, aber die Schwerkranken profitieren nicht
Cuffel et al. [38]	2002	Journal	US	quasi-experimentell	Kopfpauschalen vs. Einzelleistungsvergütung	keine Outcome Unterschiede bei schwer psychisch Kranken nach zwei Jahren
Denk [39]	2010	Master-Arbeit	AT, DE, RO	sozialpolitische Analyse	Psychiatrie-Finanzierung im Ländervergleich	reine DRG-System schaffen Fehlanreize; es müssen erhebliche Korrektur- und Qualitätsverfahren eingesetzt werden



Domino et al. [40]	2004	Journal	US	quasi-experimentell	MC-Auswirkungen auf andere soziale und medizinische Sektoren	MC führte zu indirekten Effekten im Sinne einer verstärkten Aufnahme von Patienten in Gefängnisse
Domino [41]	2011	Journal	US	gesundheitsökonomische Analyse	MC und Verschreibung neuer psychotroper Substanzen	MC Regionen haben einen deutlich grösseren Zuwachs
Durham [4]	1998	Journal	US	Literaturübersicht	MC und Psychiatrie	erhebliche Einsparungen, aber kaum sichtbare Outcome Nachteile
Ettner et al. [42]	2003	Journal	US	quasi-experimentell	MC und Suchtbehandlung	MC hatte leicht bessere Behandlungsergebnisse
Frank & Garfield [1]	2007	Journal	US	Literaturübersicht	MC Carve Outs	ökonomische Ziele wurden erreicht, aber bei der Qualität gibt es mehr negative als positive Studien
Frick & Rössler [43]	2003	Journal	diverse Staaten	Literaturübersicht	Finanzierungsmodelle in der Suchtversorgung (Kopfpauschalen, DRG-Systeme etc.)	Reformen zielen auf Fixkosten, es mangelt aber an guten Evaluationen
Glied & Frank [7]	2009	Journal	US	Literaturübersicht	Psychiatrie-Auswirkungen von Sozialpolitik und Finanzierung 1996-2006	besserer Zugang für die weniger schwer Kranken, Schwerkranke (Psychosen) fallen häufiger durch das Versorgungsnetz
Grieve et al. [44]	2008	Journal	US	quasi-experimentell	For profit vs. non-profit Kopfpauschale vs. FFS	For-profit Kopfpauschale hatte die besten QALY-Ergebnisse
Harrow et al. [45]	2006	Journal	US	quasi-experimentell	MC-Effekte auf suchterkrankte Jugendliche	Keine Unterschiede
Hudson & Chafets [46]	2011	Journal	US	quasi-experimentell	HMO vs. MC Carve Out vs. FFS und Rehospitalisierung	Reihenfolge: 1. HMO, 2. MC CO, 3. FFS; Alternativerklärung: schlechterer Zugang für HMO Pat.
Hutchinson & Foster [47]	2003	Journal	US	Literaturübersicht	MC und Kinder- und Jugendpsychiatrie	deutliche Einsparungen, wenige Hinweise auf Kostenverlagerungen, aber auch keine Outcome-Studie
Isett et al. [48]	2008	Journal	US	quasi-experimentell	MC vs. FFS und MA-Zufriedenheit	keine wirklich relevanten Unterschiede



Kishi et al. [49]	2006	Journal	US	sozialpolitische Analyse	Auswirkungen der Separierung der psychiatrischen Finanzierung	erleichtert die ausschliessliche Kostenreduktion in der Psychiatrie
Knapp et al. [3]	2007	Journal	EU	gesundheitsökonomische Analyse	Vergleich der europäischen Finanzierungssysteme	es existiert keine Übereinstimmung über die beste Finanzierungsform; DRGs haben in der Vergangenheit nicht ausreichend Mittel für die Psychiatrie bereitgestellt
König et al. [50]	2010	Journal	DE	quasi-experimentell	Regionales Budget vs. Standardfinanzierung	keine signifikanten Unterschiede bei Outcome und Kosten
Ling et al. [51]	2008	Journal	US	gesundheitsökonomische Analyse	MC und Pharmaverschreibungen in der Psychiatrie	MC Carve outs verstärken den Trend nach pharmakologischen Interventionen vs. Psychotherapie
LoSasso & Lyons 2004 [52]	2004	Journal	US	quasi-experimentell	Selbstbehalte und ambulante Suchtbehandlung	Zuzahlungen führten zu einem erheblichen Rückgang von ambulanten Sitzungen
Lurie et al. [53]	1992	Journal	US	RCT	Kopfpauschale vs. FFS und Outcome	keine kurzfristigen Unterschiede
Mason & Goddard [10]	2009	Report	diverse Staaten	gesundheitsökonomische Analyse	Vergleich verschiedener DRG-ähnlicher Systeme für die Psychiatrie	falls nicht langsam eingeführt und regelmässig revidiert, können diese Systeme Fehlansätze und regionale Versorgungsprobleme verursachen
McConnell et al. [54]	2008	Journal	US	prä-post	Kürzungen von Suchtleistungen	Folgen: Kostensteigerungen im allgemeinmedizinischen Bereich, aber insgesamt weniger als vorher
McFarland et al. [55]	2005	Journal	US	quasi-experimentell	FFS vs. MC für Suchterkrankte (ausserhalb Methadonversorgung)	Keine relevanten Unterschiede



Mojtabai et al. [8]	2009	Journal	US	Literaturübersicht	Teilfragestellung: MC und unmet needs	insgesamt hat MC eher gemischte Ergebnisse gebracht, psychosoziale Interventionen nehmen tendenziell eher ab; teilweise ist der Zugang erschwert worden
Ndumele & Trivedi [56]	2011	Journal	US	quasi-experimentell	Selbstbehalte und ambulante gerontopsychiatrische Behandlungen	Weder Steigerung noch Rückgang von Zuzahlungsbeträgen führte zu Veränderungen der Inanspruchnahme
Norton et al. [57]	2006	Journal	US	quasi-experimentell	MC und Auswirkungen auf SMI-Patienten in Gefängnissen	keine Auswirkungen
Roth et al. [58]	1997	Journal	US	prä-post	Auswirkungen von Finanzierungsverschiebungen von stationär nach ambulant	deutlich breitere Versorgungslandschaft post, mehr Flexibilität im System
Schützinger et al. [59]	2007	Journal	AT	gesundheitsökonomische Analyse	Verweildauer und im LKF-System (allgemein)	in der Psychiatrie ein besonders starker Rückgang der Verweildauer
Shern et al. [60]	2008	Journal	US	quasi-experimentell	MC und gesellschaftliche Kosten	die direkten Kosten gingen zurück, aber die gesellschaftlichen Kosten haben sich nicht verändert
Smullen [61]	2011	Report	NL	politische Analyse	Auswirkungen der DBCs auf die Psychiatrie	nach anfänglicher guter Resonanz treten die offensichtlichen Probleme zutage und führen vor allem mit der sprechenden Psychiatrie zu Konflikten
Tang et al. [62]	2008	Journal	US	quasi-experimentell	MC vs. FFS und unmet needs bei Kindern und Jugendlichen	unmet needs höher bei MC
Tummers [63]	2010	Report	NL	Befragung Psychiatriemitarbeitende	Erfahrungen mit DBCs	die Ziele der Finanzierungsreform werden gutgeheissen, die Auswirkungen nicht: Gängelung von MA und Pat; wenig Wahlfreiheit, keine bessere Kostentransparenz; extreme Datensammlung, Furcht vor Datenmissbrauch
Warner & Huxley [64]	1998	Journal	US	RCT	Kopfpauschale vs. FFS und Outcome	keine Nachteile, aber erhebliche Einsparungen



Zechmeister [65]	2004	Dissertation	AT, DE, UK	gesundheit- sök./polit. Analyse	Finanzierung und psychiatri- sche Versorgung	Finanzreformen hinterlassen keine ein- heitlichen Resultate, die Effekte hängen sehr stark von den individuellen Gege- benheiten ab
---------------------	------	--------------	---------------	------------------------------------	---	--

Tabelle 1: Übersicht über zentrale Merkmale der für das Gutachten berücksichtigten Publikationen

Abkürzungen:

DRG: Diagnosis Related Group

HMO: Health Maintenance Organisation

FFS: Fee for Service

MC: Managed Care

CO: Carve Out (Managed Care-Variante)

SMI: Severe Mental Illness

QALY: Quality Adjusted Life Year

RCT: Randomized Controlled Trial

LKF: Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung

DBC: Diagnose Behandeling Combinatie (Niederländisches Fallpauschalen-System)

10 Literatur

* Publikationen sind in tabellarischer Übersicht enthalten.

1. * Frank RG, Garfield RL. Managed behavioral health care carve-outs: past performance and future prospects. *Annual Review of Public Health* 2007;28:303-320
2. Becker T, Kilian R. Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006;113:9-16
3. * Knapp M, McDaid D, Amaddeo F, et al. Financing mental health care in Europe. *Journal of Mental Health* 2007;16:167-180
4. * Durham ML. Mental health and managed care. *Annual Review of Public Health* 1998;19:493-505
5. Olfson M, Marcus SC. National trends in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 2010;167:1456-1463
6. * Coleman M, Schnapp W, Hurwitz D, et al. Overview of publicly funded managed behavioral health care. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2005;32:321-340
7. * Glied SA, Frank RG. Better but not best: recent trends in the well-being of the mentally ill. *Health Affairs* 2009;28:637
8. * Mojtabai R, Fochtmann L, Chang SW, et al. Unmet need for mental health care in schizophrenia: an overview of literature and new data from a first-admission study. *Schizophrenia Bulletin* 2009;35:679-695
9. Or Z, Häkkinen U. DRGs and quality: For better or worse? In: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M eds, *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead: Open University Press/Mc Graw Hill; 2011:115-129
10. * Mason A, Goddard M. *Payment by Results in Mental Health: A review of the international literature and economic assessment of the Integrated Packages Approach to Care (In-PAC)*. York: University of York. 2009.
11. Mason A, Goddard M, Myers L, Verzulli R. Navigating uncharted waters? How international experience can inform the funding of mental health care in England. *Journal of Mental Health* 2011;20:234-248
12. Lammers J, Happell B. Mental health reforms and their impact on consumer and carer participation: A perspective from Victoria, Australia. *Issues in Mental Health Nursing* 2004;25:261-276
13. Merrick EL, Hodgkin D, Hiatt D, et al. Patterns of Service Use in Two Types of Managed Behavioral Health Care Plans. *Psychiatric Services* 2010;61:86-89
14. Kaplan HC, Brady PW, Dritz MC, et al. The influence of context on quality improvement success in health care: A systematic review of the literature. *Milbank Quarterly* 2010;88:500-559
15. Weinmann S, Gühne U, Kösters M, Gaebel W, Becker T. Teambasierte Gemeindepsychiatrie. Bedeutung von Kontextfaktoren und Übertragbarkeit dre Studienevidenz. *Nervenarzt* 2012;83:825-831
16. WHO. *Mental Health Financing*. Geneva: World Health Organization. 2003.
17. Conrad DA, Perry L. Quality-based financial incentives in health care: Can we improve quality by paying for it? *Annual Review of Public Health* 2009;30:357-371
18. Bellows NM, Halpin HA. Impact of Medicaid reimbursement on mental health quality indicators. *Health Services Research* 2008;43:582-597
19. Burton A, Marougka S, Priebe S. Do financial incentives increase treatment adherence in



- people with severe mental illness? A systematic review. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2010;19:233-242
20. Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, et al. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes (Review). 2011.
 21. Tanenbaum SJ. Perspectives on evidence-based practice from consumers in the US public mental health system. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2008;14:699-706
 22. Richter D, Schwarze T, Hahn S. Wie kann Recovery in die psychiatrische Pflege integriert werden? In: Burr C, Schulz M, Winter A, Zuaboni G eds, *Recovery in der Praxis: Voraussetzungen, Interventionen, Projekte*. Bonn: Psychiatrie-Verlag; im Druck
 23. Nelson G, Janzen R, Trainor J, Ochoka J. Putting values into practice: Public policy and the future of mental health consumer-run organizations. *American Journal of Community Psychology* 2008;42:192-201
 24. Lave JR. Developing a Medicare prospective payment system for inpatient psychiatric care. *Health Affairs* 2003;22:97-109
 25. Alderson P. Absence of evidence is not evidence of absence. *BMJ* 2004;328:476-477
 26. Chang CF, Kiser LJ, Bailey JE, et al. Tennessee's failed managed care program for mental health and substance abuse services. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 1998;279:864-869
 27. Richter D. *Psychisches System und soziale Umwelt: Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften*. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2003
 28. Barry CL, Weiner JP, Lemke K, Busch SH. Risk adjustment in health insurance exchanges for individuals with mental illness. *American Journal of Psychiatry* 2012;169:704-709
 29. Oevreweit J. *Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers*. London: The Health Foundation. 2009.
 30. Pincus HA, Zarin DA, West JC. Peering into the 'Black Box'. *Archives of General Psychiatry* 1998;53:870-877
 31. Busse R, Quentin W. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals: Conclusions and recommendations. In: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M eds, *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead: Open University Press/Mc Graw Hill; 2011:149-171
 32. * Bloom JR, Hu T, Wallace N, et al. Mental health costs and access under alternative capitation systems in Colorado. *Health Services Research* 2002;37:315-340
 33. * Bloom JR, Cheng JS, Hu T, Kang SH, Wallace N. Use of antipsychotic medications in treating schizophrenia among different financing and delivery systems. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2003;6:163-172
 34. * Catalano R, Libby A, Snowden L, Cuellar AE. The effect of capitated financing on mental health services for children and youth: the Colorado experience. *American Journal of Public Health* 2000;90:1861
 35. * Catalano RA, Coffman JM, Bloom JR, Ma Y, Kang SH. The impact of capitated financing on psychiatric emergency services. *Psychiatric Services* 2005;56:685
 36. * Chou AF, Wallace N, Bloom JR, Hu TW. Variation in outpatient mental health service utilization under capitation. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2005;8:3-14
 37. * Chuang E, Wells R, Alexander JA. Public managed care and services access in outpatient substance abuse treatment units. *Journal of Behavioral Health Services and Research* 2011;38:444-463
 38. * Cuffel BJ. Two Year Outcomes of Fee for Service and Capitated Medicaid Programs for People with Severe Mental Illness. *Health Services Research* 2002;37:341-359
 39. * Denk P. Die Finanzierung der psychiatrischen Krankenhausversorgung im Ländervergleich von Österreich, Deutschland und Rumänien. In. Krems: Donau-Universität; 2010
 40. * Domino ME, Norton EC, Morrissey JP, Thakur N. Cost shifting to jails after a change to



- managed mental health care. *Health Services Research* 2004;39:1379-1401
41. * Domino ME. Does managed care affect the diffusion of psychotropic medications? *Health Economics* 2011;online
 42. * Ettner SL, Denmead G, Dilonardi J, Cao H, Belanger AJ. The impact of managed care on the substance abuse treatment patterns and outcomes of Medicaid beneficiaries: Maryland's HealthChoice Program *Journal of Behavioral Health Services and Research* 2003;30:41-62
 43. * Frick U, Rössler W. Finanzierungsmodelle und Anreizsysteme in der Suchtbehandlung aus deutscher und schweizerischer Perspektive. *Suchttherapie* 2003;4:18-24
 44. * Grieve R, Sekhon JS, Hu T-w, Bloom JR. Evaluation health care programs by combining cost with quality of life measures: A case study comparing capitation and fee for service. *Health Services Research* 2008;43:1204-1222
 45. * Harrow BS, Tompkins CP, Mitchell PD, et al. The impact of publicly funded managed care on adolescent substance abuse treatment outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2006;32:379-398
 46. * Hudson CG, Chafets J. A Comparison of Acute Psychiatric Care Under Medicaid Carve-Outs, HMOs, and Fee-for-Service. *Social Work in Public Health* 2011;25:527-549
 47. * Hutchinson AB, Foster EM. The effect of Medicaid managed care on mental health care for children: A review of the literature. *Mental Health Services Research* 2003;5:39-54
 48. * Isett KR, Ellis AR, Topping S, Morrissey JP. Managed Care and Provider Satisfaction in Mental Health Settings. *Community Mental Health Journal* 2009;45:209-221
 49. * Kishi Y, Kathol RG, McAlpine DD, Meller WH, Richards SW. What should non US behavioral health systems learn from the USA?: US behavior health services trends in the 1980s and 1990s. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2006;60:261-270
 50. * König HH, Heinrich S, Heider D, et al. Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? Analyse der Kosten und Effekte des RPB nach 3, 5 Jahren Laufzeit. *Psychiatrische Praxis* 2010;37:34-42
 51. * Ling DC, Berndt ER, Frank RG. Economic incentives and contracts: the use of psychotropic medications. *Contemporary Economic Policy* 2008;26:49-72
 52. * LoSasso AT, Lyons JS. The sensitivity of substance abuse treatment intensity to co-payment levels. *Journal of Behavioral Health Services and Research* 2004;31:50-65
 53. * Lurie N, Moscovice IS, Finch M, Christianson JB, Popkin MK. Does Capitation Affect the Health of the Chronically Mentally Ill? *JAMA: the journal of the American Medical Association* 1992;267:3300
 54. * McConnell KJ, Wallace NT, Gallia CA, Smith JA. Effect of eliminating behavioral health benefits for selected Medicaid enrollees. *Health Services Research* 2008;43:1348-1365
 55. * McFarland BH, Deck DD, McCamant LE, Gabriel RM, Bigelow DA. Outcomes for Medicaid clients with substance abuse problems before and after Managed Care. *Journal of Behavioral Health Services and Research* 2005;32:351-367
 56. * Ndumele CD, Trivedi AN. Effects of copayments on use of outpatient mental health services among elderly Managed Care enrollees. *Medical Care* 2011;49:281-286
 57. * Norton EC, Yoon J, Domino ME, Morrissey JP. Transitions between the public mental health system and jail for persons with severe mental illness: a Markov analysis. *Health Economics* 2006;15:719-733
 58. * Roth D, Lauber BG, Crane-Ross D, Clark JA. Impact of state mental health reform on patterns of service delivery. *Community Mental Health Journal* 1997;33:473-486
 59. * Schützinger B, Theurl E, Winner H. Krankenhausfinanzierung und Verweildauer: Eine empirische Untersuchung am Beispiel der Reform der Krankenhausfinanzierung in Österreich *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen* 2007;30:142-163
 60. * Shern DL, Jones K, Chen HJ, et al. Medicaid Managed Care and the Distribution of Social Costs for Persons With Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatry*



- 2008;165:254-260
61. * Smullen A. Institutionalizing professional conflicts through financial reforms: The case of DBCs in Dutch Mental Healthcare Amsterdam: University of Amsterdam. o.J.
 62. * Tang MH, Hill KS, Boudreau AA, et al. Medicaid managed care and the unmet need for mental health care among children with special health care needs. *Health Services Research* 2008;43:882-900
 63. * Tummers L. De bereidheid van GGZ-zorgprofessionals om te werken met DBC's: Eerste resultaten van een onderzoek onder 1.300 zorgprofessionals. Rotterdam: Erasmus Universiteit. 2010.
 64. * Warner R, Huxley P. Outcome for people with schizophrenia before and after Medicaid capitation at a community agency in Colorado. *Psychiatric Services* 1998;49:802
 65. * Zechmeister I. Paradigm shift in mental health care. Challenges and approaches for financing a community mental health care system in Austria. In. Vienna: Vienna University of Economics and Business (Wirtschaftsuniversität); 2004