

Wasem, Jürgen; Reifferscheid, Antonius; Südmersen, Christopher; Faßbender, Rosa; Thomas, Dominik

## Working Paper

Das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen: Prüfung der Eignung alternativer Abrechnungseinheiten gemäß dem gesetzlichen Prüfauftrag nach § 17d Abs. 1 S. 2 KHG

IBES Diskussionsbeitrag, No. 195

## Provided in Cooperation with:

University of Duisburg-Essen, Institute of Business and Economic Studie (IBES)

*Suggested Citation:* Wasem, Jürgen; Reifferscheid, Antonius; Südmersen, Christopher; Faßbender, Rosa; Thomas, Dominik (2012) : Das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen: Prüfung der Eignung alternativer Abrechnungseinheiten gemäß dem gesetzlichen Prüfauftrag nach § 17d Abs. 1 S. 2 KHG, IBES Diskussionsbeitrag, No. 195, Universität Duisburg-Essen, Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES), Essen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/66142>

### Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

### Terms of use:

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

## **Das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen**

Prüfung der Eignung alternativer Abrechnungseinheiten gemäß dem gesetzlichen Prüfauftrag nach § 17d Abs. 1 S. 2 KHG

Jürgen Wasem  
Antonius Reifferscheid  
Christopher Südmersen  
Rosa Faßbender  
Dominik Thomas

# IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Nr. 195

November 2012

## **Das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen**

Prüfung der Eignung alternativer Abrechnungseinheiten  
gemäß dem gesetzlichen Prüfauftrag nach  
§ 17d Abs. 1 S. 2 KHG

Jürgen Wasem ([juergen.wasem@medman.uni-due.de](mailto:juergen.wasem@medman.uni-due.de))

Antonius Reifferscheid ([antonius.reifferscheid@medman.uni-due.de](mailto:antonius.reifferscheid@medman.uni-due.de))

Christopher Südmersen ([christopher.suedmersen@medman.uni-due.de](mailto:christopher.suedmersen@medman.uni-due.de))

Rosa Faßbender ([rosa.fassbender@medman.uni-due.de](mailto:rosa.fassbender@medman.uni-due.de))

Dominik Thomas ([dominik.thomas@medman.uni-due.de](mailto:dominik.thomas@medman.uni-due.de))

Impressum: Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES)

Universität Duisburg-Essen

Universitätsstraße 12

45141 Essen

E-Mail: [IBES-Diskussionsbeitrag@medman.uni-due.de](mailto:IBES-Diskussionsbeitrag@medman.uni-due.de)

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	V
Tabellenverzeichnis.....	VI
Abkürzungsverzeichnis.....	VII
Executive Summary.....	VIII
I Einleitung.....	I
2 Analyse der Anreizwirkungen verschiedener Abrechnungseinheiten der Vergütung psychiatrischer Leistungen im Krankenhaus vor dem Hintergrund ihrer Vor- und Nachteile für Leistungserbringer, Kostenträger und Gesellschaft.....	2
2.1 Abrechnungseinheiten und ihre Anreizwirkungen .....	2
2.1.1 Fallpauschalen .....	5
2.1.2 Zeitpauschalen.....	8
2.1.3 Gesonderte Vergütungsformen (Regionalbudgets).....	11
2.2 Vor- und Nachteile für Leistungserbringer, Kostenträger und Gesellschaft.....	12
2.3 Zwischenfazit .....	19
3 Besonderheiten von stationären psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen.....	21
3.1 Krankheitsverlauf .....	21
3.2 Behandlungsverlauf.....	22
3.3 Kostenstruktur .....	24
3.4 Zwischenfazit .....	26
4 Eignung der unterschiedlichen Abrechnungseinheiten vor dem Hintergrund der Spezifika von stationären psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen.....	28
4.1 Fallpauschalen.....	28
4.2 Zeitpauschalen.....	33
4.2.1 Tagespauschalen.....	33
4.2.2 Wochen-, Quartals- und Jahrespauschalen.....	39

4.3	Gesonderte Vergütungsformen (Regionalbudgets) .....	41
4.4	Zusammenfassende Bewertung .....	43
5	Zusammenfassende Darstellung und Schlussfolgerungen .....	46
	Glossar.....	XI
	Literaturverzeichnis .....	XVI

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Dimensionen des Leistungsgeschehens .....	4
Abb. 2: Kostenmatrix - Patienten mit Diagnose F33.2.....	25
Abb. 3: Entwicklung der Tageskosten .....	26
Abb. 4: Übersicht Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung.....	26
Abb. 5: Homogenitätskoeffizienten für die Verweildauer bei Top-15 ICD-3-Stellern.....	29
Abb. 6: Tagesfälle in der stationären Versorgung.....	30
Abb. 7: Kalkulationsansätze der Tagespauschale .....	34
Abb. 8: Tageskosten im Vergleich zu durchschnittlichen Tageskosten .....	35
Abb. 9: Degressive Entwicklung der Tagespauschale.....	38
Abb. 10: Stationäre Wiederaufnahmen bei Top-15 Hauptdiagnosen.....	40

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Vor- und Nachteile der verschiedenen Entgeltformen gegenüber dem aktuellen Vergütungssystem aus Sicht der Leistungserbringer .....	13
Tab. 2: Vor- und Nachteile der verschiedenen Entgeltformen gegenüber dem aktuellen Vergütungssystem aus Sicht der Kostenträger .....	15
Tab. 3: Vor- und Nachteile der verschiedenen Entgeltformen gegenüber dem aktuellen Vergütungssystem aus gesellschaftlicher Perspektive .....	17
Tab. 4: Anreize der jeweiligen Vergütungsformen gegenüber Status quo .....	19
Tab. 5: Ergebnisse Modellprojekt Regionalbudget .....	43
Tab. 6: Abbildung der Spezifika der psychiatrischen stationären Versorgung durch die verschiedenen Vergütungsformen .....	44

## Abkürzungsverzeichnis

bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DRG	Diagnosis Related Groups
ebd.	ebenda
et al.	et alia
f.	folgende
ff.	fortfolgende
ggf.	Gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
i.d.R.	in der Regel
i.S.v.	im Sinne von
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
INEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
insb.	insbesondere
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
mind.	mindestens
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
S.	Seite
s.	siehe
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
u.a.	unter anderem
Vgl.	Vergleich
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel



## Executive Summary

Der Gesetzgeber hat in §17d KHG die Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems basierend auf tagesbezogenen Entgelten für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen festgelegt. Ebenfalls ist die Prüfung alternativer Abrechnungseinheiten vorgesehen. Die vorliegende Untersuchung greift diesen gesetzlichen Prüfauftrag auf und analysiert verschiedene Entgeltformen (Fallpauschalen, Zeitpauschalen, Regionalbudgets) hinsichtlich ihrer Anreizwirkungen, ihrer Vor- und Nachteile gegenüber dem gegenwärtigen Vergütungssystem aus Sicht der beteiligten Akteure sowie ihrer grundsätzlichen Eignung als Vergütungsinstrumente nach §17d KHG, vor dem Hintergrund zentraler Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung.

Die Untersuchung zeigt, dass die analysierten Entgeltformen jeweils mit verschiedenen Anreizwirkungen verbunden sind. Generell sind die pauschalierenden Entgeltsysteme im Vergleich zur derzeitigen Vergütung anhand von tagesgleichen Pflegesätzen mit Anreizen zur Reduktion des Ressourcenaufwands sowie zur Effizienzsteigerung verbunden. Ferner steigt mit einer zunehmenden Differenzierung des Vergütungssystems tendenziell zwar der administrative Dokumentationsaufwand aber zeitgleich auch die Leistungstransparenz. Bei längerfristigen Zeitpauschalen und Regionalbudgets besteht außerdem der Anreiz zu einer Reduktion der kumulativen stationären Verweildauer und zur medizinisch indizierten Integration ambulanter Versorgungsstrukturen.

Wesentliche Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung lassen sich in Bezug auf den Krankheitsverlauf, den Behandlungsverlauf und die Kostenstruktur feststellen. So stellen der hohe stationäre Wiederaufnahmebedarf, die große Varianz der Verweildauer, gewisse Möglichkeiten zur alternativen Diagnosestellung, Entscheidungskorridore bei der Therapiewahl, ein hoher Anteil variabler Kosten sowie eine degressive Tageskostenentwicklung bedeutsame Spezifika von psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen dar, die hinsichtlich der Eignung der verschiedenen Entgeltformen zu berücksichtigen sind.

Die anreiztheoretische Analyse zeigte, dass Tagespauschalen aus der gesundheitsökonomischen Perspektive besser zur Vergütung von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen geeignet sind als tagesgleiche Pflegesätze, da sie zu einer effizienteren Versorgung und einer erhöhten Leistungstransparenz führen, ohne eine (anreiztheoretisch-indizierte) Reduktion der Versorgungsqualität erwarten zu lassen. Ferner

ist aufgrund der tagesgenauen Abrechnung eine gute Abbildung der Verweildauervarianz und der Behandlungskosten möglich.

Fallpauschalen sind grundsätzlich mit verschiedenen positiven Anreizwirkungen verbunden. Allerdings können sie den Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung kaum gerecht werden, weshalb eine sinnvolle Anwendung dieser Entgeltform in diesem Bereich fraglich ist. Insbesondere sind die ungenügende Abbildung der Verweildauervarianz sowie der Anreiz zu einer medizinisch nicht-indizierten Leistungsverlagerung in andere Sektoren als problematisch anzusehen. Die anreiztheoretische Analyse bestätigt somit die internationalen Erfahrungen, dass sich Fallpauschalen für den Einsatz in stationären psychiatrischen Einrichtungen als ungeeignet erwiesen haben.

Zeitpauschalen abweichend vom Tagesbezug können insbesondere bei langfristiger Ausrichtung zu einer Verbesserung der Qualität und Effizienz der Versorgung führen. Allerdings ist diese Abrechnungseinheit nur bei chronischen Erkrankungen mit häufigen stationären Behandlungsepisoden sinnvoll einsetzbar. Die tatsächliche Umsetzbarkeit langfristiger Zeitpauschalen ist daher durchaus kritisch zu betrachten. Zunächst wäre eine zuverlässige Abgrenzung des Kreises der chronisch Kranken erforderlich. Darüber hinaus könnte es durch die Übertragung des Morbiditäts- und somit des Kostenrisikos auf die Leistungserbringer zu relevanten Fehlanreizen im Sinne einer unerwünschten Patientenselektion kommen.

Regionalbudgets sind aus anreiztheoretischer Sicht mit vielen Vorteilen verbunden, da diese Entgeltform stationäre, teilstationäre und institutsambulante Leistungen abdeckt. Durch eine derart gestaltete Vergütung bestehen starke Anreize zur Nutzung des (instituts-) ambulanten Behandlungspotentials sowie zur Steigerung von Effizienz und Versorgungsqualität. Allerdings erscheint eine flächendeckende Umsetzung dieser Abrechnungseinheit fraglich, da insbesondere in Ballungsgebieten Patienten mehrere Einrichtungen aufsuchen und so Probleme der Leistungsverrechnung entstehen würden. Ferner ist die Finanzierung überregionaler Versorgungsangebote ungeklärt und gegebenenfalls mit Fehlanreizen verbunden. Außerdem würde die Leistungstransparenz durch den Einsatz von Regionalbudgets abnehmen. Ein Einbezug auch niedergelassener Psychiater in Regionalbudgets erscheint anreiztheoretisch attraktiv, wurde bislang allerdings in der Praxis in Deutschland noch nicht erprobt.

Insgesamt kann aus der Untersuchung abgeleitet werden, dass die Tagespauschale als einzige Abrechnungseinheit zur generellen Umsetzung empfohlen werden kann. Für

spezifische Leistungsbereiche erscheint ein Einsatz alternativer Abrechnungseinheiten durchaus möglich, da insbesondere Regionalbudgets und langfristige Zeitpauschalen systemimmanente Anreizwirkungen implizieren, die im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik das Versorgungsgeschehen bereichern könnten. Jedoch sind die dargestellten Umsetzungsprobleme sowie mögliche Fehlanreize und Risiken sehr kritisch zu hinterfragen. Eine grundsätzliche Empfehlung zum Einsatz alternativer Abrechnungseinheiten, abweichend von der Tagespauschale, kann aus mikroökonomischer anreiztheoretischer Perspektive daher nicht ausgesprochen werden.

## I Einleitung

Die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung wurde bei der Vergütungsumstellung im Krankenhaussektor auf das DRG-Fallpauschalensystem zunächst ausgeklammert. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von 2009 hat der Gesetzgeber auch für diese Leistungsbereiche grundlegende Änderungen der Entgeltsystematik festgelegt. So ist vom Gesetzgeber mit Einführung des §17d KHG die Implementierung eines neuen leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen im Krankenhaus auf Basis tagesbezogener Entgelte festgelegt worden.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber eine Überprüfung zur Eignung alternativer Abrechnungseinheiten für bestimmte Leistungsbereiche in §17d KHG vorgesehen. Dieser gesetzliche Prüfauftrag ist Gegenstand der vorliegenden Untersuchung. Daher werden im Folgenden die Eignung und Vorteilhaftigkeit verschiedener potentiell einsetzbarer Abrechnungseinheiten für die psychiatrische und psychosomatische Leistungserbringung systematisch analysiert. Zu den potentiell einsetzbaren Abrechnungseinheiten zählen: Fallpauschalen, Zeitpauschalen und – als gesonderte Vergütungsform – die so genannten Regionalbudgets.<sup>1</sup> Um einen möglichen Einsatz dieser alternativen Abrechnungseinheiten bewerten zu können, erfolgt zunächst eine generelle Analyse der verschiedenen Anreizwirkungen der einzelnen Vergütungsformen gegenüber dem derzeitigen Vergütungssystem, basierend auf tagesgleichen Pflegesätzen. Anschließend werden darauf aufbauend die jeweiligen Vor- und Nachteile der Entgeltformen aus drei verschiedenen Perspektiven (Leistungserbringer, Kostenträger, Gesellschaft) dargestellt, bevor im Folgenden die spezifischen Charakteristika der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung herausgearbeitet werden. Anhand dieser Merkmale wird die Kompatibilität der Vergütungsformen und ihrer Anreizwirkungen mit dem psychiatrischen und psychosomatischen Leistungsgeschehen geprüft und es können Empfehlungen zum Einsatz alternativer Abrechnungseinheiten im neuen Entgeltsystem abgeleitet werden.

---

<sup>1</sup> Ferner werden noch personenbezogene Budgets von einzelnen Verbänden gefordert. Da diese Vergütungsform in der bisherigen Diskussion nicht berücksichtigt wurde und im Bereich der stationären psychischen Erkrankungen begrenzt umsetzbar ist, wird auf eine Analyse verzichtet.

## **2 Analyse der Anreizwirkungen verschiedener Abrechnungseinheiten der Vergütung psychiatrischer Leistungen im Krankenhaus vor dem Hintergrund ihrer Vor- und Nachteile für Leistungserbringer, Kostenträger und Gesellschaft**

Die verschiedenen potentiell einsetzbaren Abrechnungseinheiten implizieren jeweils unterschiedliche Anreizwirkungen. Effektive Vergütungsinstrumente sollten die Leistungserbringer dazu motivieren, die Patienten mit medizinisch notwendigen und qualitativ hochwertigen Leistungen in angemessenem Umfang zu versorgen.<sup>2</sup> Darüber hinaus sollte es Ziel der Vergütungsinstrumente sein, eine Balance zwischen Anreizen zur Leistungserbringung und Anreizen zur Kostenkontrolle herzustellen. Ferner sollte der administrative Aufwand für alle Beteiligten so gering wie möglich sein, damit die verfügbaren Ressourcen für die direkte Patientenversorgung zur Verfügung stehen und entsprechend eingesetzt werden können. Idealerweise bewirkt die Umsetzung dieser Zielsetzungen zugleich eine Erhöhung der Transparenz sowie eine Steigerung der Effektivität und Effizienz in der Versorgung.<sup>3</sup>

Daraus wird unmittelbar ersichtlich, dass bei der Analyse der Anreizwirkungen der Abrechnungseinheiten vielfältige Dimensionen zu berücksichtigen sind, die ihrerseits verschiedenen Zielkonflikten unterliegen.<sup>4</sup> Jede Systemausgestaltung unterliegt unterschiedlichen Stärken und Schwächen, die es im Detail abzuwägen gilt. Im Folgenden werden zunächst die grundsätzlichen Anreizwirkungen, die von den diskutierten Abrechnungseinheiten aus gesundheitsökonomischer Perspektive ausgehen, näher beschrieben, bevor im Anschluss die Vor- und Nachteile der Abrechnungseinheiten für die verschiedenen Akteure (Leistungserbringer, Kostenträger und Gesellschaft) näher betrachtet werden.

### **2.1 Abrechnungseinheiten und ihre Anreizwirkungen**

Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen bezweckt der Gesetzgeber die konsequente Fortsetzung des durch die DRG-Einführung angestoßenen Prozesses der Umwandlung von kostenorientierten Budgets hin zu

---

<sup>2</sup> Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass die Leistungserbringer ein intrinsisches Interesse an einer bedürfnisgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung haben. Aufgrund der Zielsetzung dieser Untersuchung wird jedoch vom Leistungserbringer als rationalem Akteur ausgegangen, für den ausschließlich die ökonomischen Anreize der verschiedenen Entgeltformen relevant sind.

<sup>3</sup> Vgl. Geissler et al. (2012), S. 633.

<sup>4</sup> Ebd., S. 634.

einer pauschalierenden leistungsorientierten Vergütung in der stationären Versorgung bei gleichzeitiger Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens.<sup>5</sup>

Diese Zielsetzung impliziert, dass das bisher gültige Vergütungssystem aufgrund fehlender bzw. nicht ausreichend ausgeprägter Anreize verschiedenen gesundheitspolitischen Zielsetzungen nicht gerecht wurde (s. Exkurs Pflegesätze). Jedoch muss berücksichtigt werden, dass auch ein auf Tagespauschalen basierendes Entgeltsystem nicht unproblematisch erscheint. So wird vom GKV-Spitzenverband zugespitzt formuliert: *„Wer ein tagespauschalierendes System mit Anreiz zur Maximierung von Psychiatrie-Tagen schafft und wer dann noch ein Abrechnungssystem mit Anreiz zur Maximierung des Aufwands je Tag schafft, der braucht sich nicht wundern, wenn am Ende zu wenig Geld für die Kranken zur Verfügung steht.“*<sup>6</sup> Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber in §17d KHG zusätzlich den Prüfauftrag integriert, dass auch alternative Abrechnungsformen auf ihre Einsatzfähigkeit im neuen Vergütungssystem überprüft werden sollen. Allerdings gilt für sämtliche Abrechnungsformen, dass von ihnen systemimmanente Anreizwirkungen ausgehen, die zu unterschiedlichen positiven aber auch negativen Konsequenzen für die beteiligten Akteure führen. Daher gilt es im Folgenden diese Anreizwirkungen näher zu untersuchen und gegen die derzeitige Vergütung anhand tagesgleicher Pflegesätze abzuwägen.

Im Rahmen dieser Untersuchung werden Fallpauschalen, Zeitpauschalen (Tagespauschalen sowie Wochen-, Quartals- und Jahrespauschalen) und gesonderte Vergütungsformen (i.S.v. Regionalbudgets) analysiert. Die anreizbedingten Auswirkungen der verschiedenen Entgeltformen und die zugehörigen erwarteten Veränderungen gegenüber dem Status quo werden im Hinblick auf folgende Aspekte des Leistungsgeschehens geprüft, die in Abbildung I dargestellt und definiert sind.

---

<sup>5</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2012), S. 1.

<sup>6</sup> Vgl. Leber (2011a), S. 7. Diese Argumentation ist insofern verkürzt, dass die Leistungserbringer die Nachfrage nach stationären Leistungen nicht beliebig beeinflussen können. Der Einfluss supplementärer und komplementärer Versorgungsangebote (gemeinsames Wohnen, vertragsärztliche Versorgungssituation, Beratungsstellen etc.) auf den stationären Behandlungsbedarf und die entsprechenden Kosten sowie Kapazitätsaspekte, die u.a. aus landesspezifischen Regelungen (Bettenmessziffer) resultieren, bleiben hierbei unberücksichtigt.

Dimension	Definition
Anzahl Fälle	Summe abrechenbarer <sup>7</sup> stationärer Aufenthalte
Ressourcenaufwand je Fall/Zeiteinheit	Monetärer Wert der Einzelleistungen, die je Fall/Zeiteinheit erbracht werden <sup>8</sup>
Verweildauer je Fall	Anzahl der Belegungstage je Fall
Qualität	Mikroökonomische Beurteilung von Aspekten der Über-, Unter- und Fehlversorgung <sup>9</sup>
Administrativer Aufwand	Ausmaß der erforderlichen Dokumentation für Vergütung und Leistungskoordination
Transparenz	Ausmaß, in dem detaillierte Informationen zum Leistungsgeschehen vorliegen
Effizienz	Optimales Verhältnis von Output und Input (gemäß Minimal- und Maximalprinzip) <sup>10</sup>

Abb. 1: Dimensionen des Leistungsgeschehens

(Quelle: Eigene Darstellung)

#### Exkurs Pflegesätze

Gegenwärtig erfolgt die Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen im stationären Bereich über einrichtungsspezifische tagesgleiche Pflegesätze.<sup>11</sup> Die vollstationären Pflegesätze setzen sich aus einem Basispflegesatz, der die nicht-medizinischen Kosten für Unterkunft und Verpflegung abdeckt, und einem Abteilungspflegesatz, der den medizinisch-pflegerischen Aufwand abbildet, zusammen.<sup>12</sup> Die Höhe der Pflegesätze wird jährlich zwischen Krankenkasse und Einrichtung verhandelt. Maßgeblich hierfür sind die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die den Personalbedarf einer Einrichtung bestimmt und so den wichtigsten und kostenintensivsten Produktionsfaktor der psychiatrischen Leistungserstellung - die menschliche Arbeitsleistung - abbildet.<sup>13</sup> Die Personalbedarfsrechnung der Psych-PV basiert auf einer bereichsbezogenen Schweregradeinstufung der Patienten, ohne nähere Berücksichtigung von Diagnosen und Prozeduren.<sup>14</sup> In der Psych-PV ist für jeweils sechs<sup>15</sup> Behandlungsbereiche (Regelbehandlung, Intensivbehandlung, Rehabilitation, langdauernde Behandlung, Psychotherapie und tagesklinische Behandlung) der Arbeitsaufwand der unterschiedlichen beteiligten Berufsgruppen in Minutenwerten festgelegt. Diesen Behandlungsbereichen werden Patienten zu Behandlungsbeginn und bei

<sup>7</sup> Die Bedingung der Abrechenbarkeit ist bei Regionalbudgets nur implizit von Bedeutung.

<sup>8</sup> Eine Verringerung des Ressourcenaufwands je Fall könnte z.B. durch eine Reduktion der Leistungsmenge erfolgen, aber auch durch die Substitution kostenintensiver durch günstigere Leistungen.

<sup>9</sup> Vgl. Chassin/Galvin (1998), S. 1002; Schröders/Köppeling (2002), S. 431. Die Qualitätsbewertungen beruhen ausschließlich auf anreiztheoretischen mikroökonomischen Überlegungen. Da in der Psychiatrie und Psychosomatik noch kein etabliertes und handhabbares Qualitätsindikatorenset existiert (vgl. hierzu Höhmann (2012), S. 16), wird auch bei der Analyse der (fiktiven) Abrechnungseinheiten nicht auf patientenbezogene Qualitätsindikatoren eingegangen.

<sup>10</sup> Eine Verbesserung des Input-Output Verhältnisses wäre (gemäß Minimal- und Maximalprinzip) z.B. gegeben, wenn bei gleichbleibender Qualität der Versorgung (Output) eine Reduktion nicht notwendiger Leistungen (Input) stattfindet oder bei gleichbleibendem Ressourcenaufwand (Input) eine Verkürzung der Verweildauer (Output) erreicht werden könnte.

<sup>11</sup> Vgl. Haas/Leber (2011), S. 212.

<sup>12</sup> Vgl. Ebd.

<sup>13</sup> Die Psych-PV wurde ursprünglich zur Ermittlung eines leistungsgerechteren Budgets eingeführt. Vgl. Ebd., S. 217.

<sup>14</sup> Vgl. Becker et al. (2008), S. 85.

<sup>15</sup> In der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es noch die Eltern-Kind-Behandlung als weiteren Behandlungsbereich.

einem Wechsel der Behandlungsbereiche zugewiesen, wodurch eine tagesbezogene Zuordnung ermöglicht wird.<sup>16</sup> Über die Summe der Belegungstage in den unterschiedlichen Bereichen und die jeweiligen Minutenwerte der Psych-PV lässt sich der Personalbedarf (in Vollzeitstellen) einer Einrichtung bestimmen.<sup>17</sup> Im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen müssen die psychiatrischen Einrichtungen unter Umständen nachweisen, dass dem rechnerischen Personalbedarf nach Psych-PV entsprechende Mitarbeiterzahlen gegenüberstehen.

Die tagesgleichen Pflegesätze setzen Anreize zur Maximierung der Summe der Belegungstage für die Einrichtungen. Somit besteht der Anreiz möglichst dauerhaft Vollbelegung herzustellen, um eine maximal mögliche Vergütung mit den verfügbaren Kapazitäten zu erreichen.<sup>18</sup> Deshalb besteht ein grundsätzliches Interesse an einer möglichst langen Verweildauer und vielen stationären Patienten. Da der Personalaufwand gemäß Psych-PV kalkuliert und die Vergütung daran orientiert ist<sup>19</sup>, besteht ferner kein Anreiz, einen möglichst geringen Ressourcenaufwand je Fall bzw. Tag zu erreichen.

Hinsichtlich der Qualität der Leistungserstellung gibt es unterschiedliche Anreizwirkungen. Einerseits impliziert der Anreiz zur Steigerung der stationären Aufenthalte ein Interesse an einer potentiellen Wiederaufnahme des Patienten. Unter diesem Gesichtspunkt wäre ein langfristig stabiler Zustand des Patienten bei Entlassung für den Anbieter nicht vorteilhaft. Andererseits besteht aufgrund des Anreizes zur Verweildauerausweitung keine Gefahr einer frühzeitigen Entlassung. Auch aufgrund des fehlenden Anreizes zur Minimierung des Ressourcenaufwands, sollte es zu keiner Unterversorgung kommen.<sup>20</sup>

Ein wesentliches Problem ist, dass das gegenwärtige System kaum Anreize zur Effizienzsteigerung setzt.<sup>21</sup> Da die Psych-PV den Input (Personalminuten) für einen gegebenen Output (Belegungstage in einem Behandlungsbereich) festlegt, besteht kein Anreiz effizientere Formen der Leistungserbringung umzusetzen. Außerdem besteht für den Leistungserbringer der grundsätzliche Anreiz Patienten in aufwendige Behandlungsbereiche einzustufen bzw. die Patienten möglichst lange innerhalb dieser ressourcenintensiven Behandlungsbereiche zu halten, um einen hohen Personalbedarf und eine möglichst hohe Vergütung zu erhalten. Da somit ein Anreiz zur Nutzung aufwendiger Behandlungsbereiche/Ressourcen besteht, ist die Leistungserbringung mit gewissen Ineffizienzen verbunden. Des Weiteren werden die Minutenwerte der Psych-PV nicht regelmäßig angepasst, sodass keine Impulse zur effizienteren Reorganisation im Zeitverlauf gesetzt werden.

Ferner kann festgestellt werden, dass keine hohe Transparenz über das tatsächliche Leistungsbestehen besteht. Hinsichtlich der Leistungsvergütung werden nur Patientenzahlen, Belegungstage und die Behandlungsbereichseinstufung dokumentiert. Aufgrund fehlender differenzierter Informationen ist beispielsweise die Variabilität der Pflegesätze nicht nachvollziehbar.<sup>22</sup> Andererseits bleibt hierdurch der administrative Aufwand für die Leistungserbringer in einem überschaubaren Rahmen.

### 2.1.1 Fallpauschalen

Die Bezugsbasis für die Vergütung einer Fallpauschale stellt der einzelne Behandlungsfall eines Patienten dar.<sup>23</sup> Da die Ressourcenaufwände verschiedener Patienten bzw. Behandlungsfälle in der Regel sehr heterogen sind, ist eine Differenzierung des Fallpauschalenkatalogs notwendig. Eine solche Differenzierung kann anhand verschiedener

<sup>16</sup> Vgl. Abs. 9 § 17d KHG.

<sup>17</sup> Vgl. Haas/Leber (2011), S. 217.

<sup>18</sup> Vgl. Becker et al. (2008), S. 85.

<sup>19</sup> Der Personalaufwand gemäß Psych-PV stellt eine wesentliche Grundlage für die Pflegesatz-Verhandlungen mit den Krankenkassen dar. Allerdings müssen die Krankenkassen nicht zwangsläufig den über Psych-PV ermittelten Personalaufwand vollständig finanzieren.

<sup>20</sup> Sofern angenommen wird, dass die Psych-PV trotz relativ alter Minutenwerte den Personalbedarf zuverlässig ermittelt.

<sup>21</sup> Vgl. Kunze/Kukla (2011), S. 62.

<sup>22</sup> Vgl. Fritze et al. (2011), S. 56.

<sup>23</sup> Vgl. Güssow, Gröbner (2009), S. 51.



Kriterien vorgenommen werden (bspw. Psych-PV-Behandlungsbereiche, Haupt- und Nebendiagnosen, Prozeduren, Schweregrad, Alter, Geschlecht, Verweildauer etc.). So können idealerweise ausreichend aufwandshomogene Gruppen gebildet werden, die den tatsächlichen Ressourcenaufwand hinreichend präzise abbilden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass mit zunehmendem Differenzierungsgrad die Komplexität des Vergütungssystems steigt, da eine größere Anzahl an Fallgruppen kalkuliert werden muss. Darüber hinaus würde sich die Vergütung bei einer Differenzierung nach Prozeduren eher einer (einzelleistungsbasierten) Kostenerstattung annähern, wodurch der Anreiz zur effizienten Leistungserstellung abnimmt.<sup>24</sup>

In der Theorie impliziert eine fallpauschalenbasierte Vergütung im Vergleich zu tagesgleichen Pflegesätzen aufgrund des pauschalen Entgelts für Patienten mit vergleichbarem Ressourcenaufwand starke Anreize zur Ausweitung der Zahl der Behandlungsfälle bei gleichzeitiger Reduktion des Ressourceneinsatzes und der Verweildauer je Behandlungsfall auf das notwendige Maß oder sogar darunter.<sup>25</sup> Durch Fallzahlsteigerungen lastet der Leistungserbringer zudem die durch Verweildauerreduktion freiwerdenden Kapazitäten aus. Ferner werden durch Mengenausweitungen Skaleneffekte generiert und hierdurch eine Reduktion der relativen Fixkosten je Fall erreicht.<sup>26</sup> Über die Reduktion der Verweildauer und des Ressourcenaufwands je Fall sowie durch Lerneffekte können darüber hinaus die variablen Kosten je Behandlungsfall reduziert werden. Somit eröffnet sich dem Leistungserbringer die Möglichkeit positive Deckungsbeiträge zu erzielen.<sup>27</sup> Im Vergleich zum Status quo ist daher der Anreiz zur Steigerung der Fallzahlen stärker ausgeprägt, während eine stärkere Verkürzung der Verweildauer und Reduktion des Ressourcenaufwands je Fall angestrebt wird.

Die Reduktion des Ressourcenaufwands je Fall sowie der Verweildauer birgt jedoch die Gefahr einer Verschlechterung der Versorgungsqualität. So könnte es zu einer ökonomisch-induzierten Unterversorgung, zu verfrühten Entlassungen oder zur Risikoselektion von Patienten kommen. Insbesondere verfrühte Entlassungen bergen die Gefahr von vermehrten Wiederaufnahmen eines Patienten und können somit dazu führen, dass die kumulierte Verweildauer je Patient im Unterschied zur Verweildauer je Fall sich nicht wesentlich

---

<sup>24</sup> Vgl. Amelung (2007), S. 160.

<sup>25</sup> Vgl. Geissler et al. (2012), S. 634.

<sup>26</sup> Vgl. Amelung (2007), S. 162.

<sup>27</sup> Vgl. Friedl/Ott (2001), S. 5 f. Die Höhe der Vergütung (sowohl bei Fallpauschalen als auch bei Zeitpauschalen) wird an den durchschnittlichen Kosten der Kalkulationshäuser orientiert sein. Da für alle Häuser der Anreiz zur Kostenreduktion besteht, kann es bei der jährlichen Neukalkulation zu einer Absenkung der Vergütung kommen. Positive Deckungsbeiträge werden nur dauerhaft erzielt, solange man kontinuierlich effizienter als der Durchschnitt (der Kalkulationshäuser) ist.

verkürzt bzw. sogar die Möglichkeit besteht, dass sie sich verlängert. Diese These wird auch durch empirische Studien gestützt.<sup>28</sup> Demgegenüber stehen jedoch systemimannente Anreizwirkungen der fallpauschalenbasierten Vergütung die Versorgungsqualität zu erhöhen. Kürzere Verweildauern reduzieren z.B. bei psychosomatischen Erkrankungen das Risiko von bestimmten Komplikationen (z.B. Stürze), auch wenn für manche psychische Erkrankungen auch Risiken verkürzter Verweildauern zu berücksichtigen sind, wie z.B. eine zunehmende Gefahr von Selbstverletzungen.<sup>29</sup> Das Auftreten solcher negativer Ereignisse wird in der Regel nicht oder nur unzureichend über die Fallpauschale vergütet<sup>30</sup>, so dass Anreize zur Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität bzw. zur Vermeidung von Komplikationen gegeben sind. Dies gilt vor allem, weil die pauschalierte Vergütung die individuelle Kostensituation der Leistungserbringer nicht abbildet. Somit trägt der Leistungserbringer die volle Kostenverantwortung, was dazu führt, dass nicht-erlösrelevante Komplikationen zu vermeiden sind. Somit besteht aus anreiztheoretischer Perspektive kein klarer Anreiz zu einer Qualitätsverbesserung bzw. -verschlechterung und es wird von einem weitgehend konstanten Qualitätsniveau ausgegangen.<sup>31</sup>

Administrativ ist eine fallpauschalenbasierte Vergütung im Vergleich mit der gegenwärtigen Entgeltsystematik sehr aufwändig, da für die korrekte Zuordnung zu einer Fallgruppe eine umfassende Kodierung von Behandlungsbereichen, Diagnosen, Prozeduren und gegebenenfalls weiterer Patientencharakteristika gewährleistet werden muss. Darüber hinaus muss zur Kalkulation der Fallpauschalen eine aufwendige fallbasierte Ressourcenverbrauchs- beziehungsweise Kostenerfassung von den Kalkulationshäusern betrieben werden.<sup>32</sup> Der erhöhte Dokumentationsaufwand spiegelt sich wiederum in einer steigenden Transparenz des Leistungsgeschehens wider. Dies ermöglicht zum einen eine genauere Erfassung und Abbildung der Ressourcenaufwände in den Fallpauschalen. Zum anderen können, durch eine erhöhte Transparenz, Effizienzreserven in den Versorgungsabläufen identifiziert werden. In Kombination mit dem Anreiz, den Ressourcenaufwand (z.B. im Sinne der Reduktion nicht notwendiger Leistungen) und die Verweildauer eines Behandlungsfalls zu minimieren, kann eine fallpauschalenbasierte Vergütung aus anreiztheoretischer Perspektive daher zu einer Erhöhung der Effizienz in der Versorgung führen.

---

<sup>28</sup> Vgl. Spießl et al. (2006), S. 2550 ff.

<sup>29</sup> Vgl. Braun/Müller (2003), S. 146.

<sup>30</sup> Vgl. Hilgers (2011), S. 42.

<sup>31</sup> Auch die Einführung von DRG-Fallpauschalen war mit einem weitgehend konstanten Qualitätsniveau der Versorgung verbunden. Vgl. Fürstenberg et al. (2011).

<sup>32</sup> Vgl. Geissler et al. (2012), S. 634.

## 2.1.2 Zeitpauschalen

Während der Zeitraum der Leistungserstellung bei Fallpauschalen lediglich über die potentielle Berücksichtigung der Verweildauer als Kostentrenner relevant wäre, stellt er bei einer Vergütung über Zeitpauschalen die zentrale Bezugsgröße dar. Die im Wesentlichen diskutierten Zeitpauschalen sind Tagespauschalen (als grundlegender Bezugsrahmen der Systemausgestaltung), Wochen-, Quartals- und Jahrespauschalen, die jeweils im Einzelnen unterschiedlich ausgestaltet sein können. Nachfolgend werden diese näher erläutert.

### Tagespauschalen

Bei einer Tagespauschale wird jeder Belegungstag eines stationären Aufenthaltes unabhängig von den tatsächlichen Tageskosten der einzelnen Einrichtung für den jeweiligen Patienten vergütet.<sup>33</sup> Grundsätzlich soll somit nicht der individuelle sondern der durchschnittliche Ressourcenverbrauch eines Behandlungstages für einen Patienten abgebildet werden. Dabei gibt es verschiedene Möglichkeiten unterschiedlichen Ressourcenaufwänden der Behandlungsfälle Rechnung zu tragen.<sup>34</sup> So sind als Grundlage der Kalkulation Bezugseinheiten denkbar wie z.B. der Patient, die Abteilung oder die Versorgungsstufe der Einrichtung (Größe, Ausstattung oder Aufgabengebiet). Einen höheren Differenzierungsgrad erreicht man, indem bspw. die Diagnosen und Prozeduren, der Schweregrad, das Alter oder das Geschlecht der Patienten als Kalkulationsgrundlage genutzt werden.<sup>35</sup> Ebenfalls ist eine Differenzierung nach Regel- und Intensivbehandlung möglich, um den unterschiedlichen Behandlungs- und Betreuungsaufwand verschiedener Patienten abbilden zu können.<sup>36</sup> Je höher der Differenzierungsgrad, desto größer wird die Menge abrechnungsrelevanter Faktoren, was einen Anstieg des Aufwands für die Dokumentation und Kodierung nach sich zieht. Letztlich würde es somit im Vergleich zur Vergütung anhand von tagesgleichen Pflegesätzen zu einer relevanten Erhöhung des administrativen Aufwands kommen.

Neben dem Differenzierungsgrad der Kalkulation kann auch die technische Ausgestaltung der Tagespauschale variiert werden. Dabei unterscheidet man im Wesentlichen lineare von degressiv ausgestalteten Tagespauschalen. Bei der linear ausgestalteten Tagespauschale wird

---

<sup>33</sup> Vgl. Amelung (2007), S. 159.

<sup>34</sup> Vgl. Ebd.

<sup>35</sup> Bei einer solchen fallbezogenen Kalkulation der Tagespauschale werden die durchschnittlichen Gesamtkosten des stationären Aufenthaltes einer definierten Fallgruppe durch die mittlere Verweildauer dieser Fallgruppe geteilt. Es ergibt sich ein Tagessatz, der die durchschnittlichen Tageskosten der Fallgruppe abbildet.

<sup>36</sup> Vgl. Jacobs (2012), S. 4.

die Einrichtung mit einem über die gesamte Verweildauer gleichbleibenden Satz für jeden Belegungstag vergütet. Die degressiv ausgestaltete Tagespauschale folgt der Annahme, dass die Behandlungskosten pro Behandlungstag mit voranschreitender Verweildauer im Durchschnitt rückläufig sind.<sup>37</sup> Die Höhe der Tagespauschale sinkt entsprechend mit zunehmender Verweildauer.<sup>38</sup>

Die Leistungsabrechnung über Tagespauschalen impliziert verschiedene Anreizveränderungen für die Leistungserbringer gegenüber dem gegenwärtigen Vergütungssystem. So hat die einzelne Einrichtung das Anliegen, die Kosten pro Tag und damit den erbrachten Ressourcenaufwand möglichst gering zu halten, um negative Deckungsbeiträge zu vermeiden. Zeitgleich besteht analog zur Abrechnung über tagesgleiche Pflegesätze der Anreiz, sowohl eine möglichst hohe Fallzahl als auch eine hohe durchschnittliche Verweildauer zu erreichen, um möglichst viele abrechnungsrelevante Belegungstage zu generieren. Dies gilt zumindest bei „profitablen“ Patienten, bei denen die Tageskosten unterhalb der Tagespauschale liegen.<sup>39</sup> Der Anreiz zur Verweildauerausdehnung kann durch den Einsatz von degressiven Tagespauschalen abgeschwächt werden.<sup>40</sup>

Die Anreizwirkungen mit Blick auf die Versorgungsqualität gestalten sich ähnlich indifferent wie bei Fallpauschalen. Während sich die Reduktion des Ressourcenaufwands pro Tag z.B. bei bestimmten psychischen Erkrankungen zu unerwünschten Konsequenzen führen kann, wirkt der Anreiz zur Vermeidung von Komplikationen, um zusätzliche Ressourcenverbräuche zu verhindern, in die entgegengesetzte Richtung. Entsprechend sind aus anreiztheoretischer Perspektive per Saldo keine größeren Veränderungen der Versorgungsqualität gegenüber dem Status quo zu erwarten. Im Hinblick auf den administrativen Aufwand und die Transparenz des Versorgungsgeschehens hängt viel vom Differenzierungsgrad der Kalkulation ab. Je differenzierter die Tagespauschalen ausgestaltet werden, desto größer ist auch der administrative Aufwand. Andererseits führt eine differenzierte und umfangreiche Dokumentation der Leistungen zu einer Steigerung der Transparenz des Leistungsgeschehens. Ferner ist eine Effizienzsteigerung gegenüber dem Status quo zu erwarten, da bei einem voraussichtlich weitgehend konstanten Belegungstagevolumen und einem gegenüber dem Status quo deutlich größeren Anreiz zur

---

<sup>37</sup> Vgl. Amelung (2007), S. 159.

<sup>38</sup> Prinzipiell ist es denkbar, dass degressive Tagespauschalen in auffällig hohen Verweildauerbereichen wieder ansteigen, da zu diesem Zeitpunkt alle leichten Fälle entlassen sind und der Anteil kostenintensiver Langliegerpatienten in der Kalkulationsbasis ansteigt.

<sup>39</sup> Vgl. Hajen et al. (2010), S. 183.

<sup>40</sup> Vgl. Amelung (2007), S. 159.

Reduktion des Ressourceneinsatzes zunehmend effizientere Input-Output-Relationen in der Leistungserstellung erreicht werden können.

### **Wochen-, Quartals- und Jahrespauschalen**

Während bei der Tagespauschale der Belegungstag als Bezugsgröße gilt, werden bei Wochen-, Quartals- und Jahrespauschalen die entsprechend größeren Bezugszeiträume als Gestaltungsmerkmal zugrunde gelegt. Dies bedeutet, dass bei der stationären Erstaufnahme eines Patienten in dem entsprechenden Bezugszeitraum der Leistungserbringer Anspruch auf eine längerfristig orientierte Vergütung erhält. Die Pauschale soll entsprechend den durchschnittlichen Ressourcenaufwand für alle stationären Aufenthalte bzw. Belegungstage innerhalb des Bezugszeitraums abdecken.<sup>41</sup>

Größere Bezugszeiträume als Abrechnungseinheit bewirken keine wesentlichen Änderungen an der grundlegenden Zielsetzung, möglichst große Umsätze zu erzielen. Im Gegensatz zum gegenwärtigen Vergütungssystem besteht hier jedoch nicht der Anreiz zur Steigerung der Anzahl der stationären Aufenthalte. Im Gegenteil, je länger der Bezugszeitraum, desto größer ist der Anreiz, möglichst hohe Fallzahlen mit möglichst wenigen stationären Aufenthalten zu versorgen. Außerdem besteht bei dieser Abrechnungseinheit der Anreiz, den Ressourcenaufwand je Bezugszeitraum möglichst stark zu reduzieren. Je größer die positive Differenz zwischen Erlös aus der Pauschale und Kosten ist, desto größer ist der wirtschaftliche Nutzen des Leistungserbringers.

Je langfristiger der Bezugszeitraum der Pauschale ist, umso größer ist auch der Anreiz des Leistungserbringers, die durchschnittliche und kumulierte Verweildauer zu reduzieren, um möglichst geringe Behandlungskosten zu verursachen. Zugleich steigt mit zunehmendem Bezugszeitraum auch der Anreiz die Versorgungsqualität zu erhöhen, da bei schlechter Versorgungsqualität das Risiko für den Leistungserbringer steigt, dass der Patient innerhalb des Bezugszeitraums wiederholt stationär aufgenommen werden muss und es deshalb zur Verringerung von Deckungsbeiträgen oder gar zu Unterdeckungen durch die Zeitpauschale kommt. Dies impliziert wiederum, dass bei Patienten, die nicht zwingend stationär aufgenommen werden müssen, der Anreiz besteht, nach einmaligem Erhalt der Pauschale, die

---

<sup>41</sup> Grundsätzlich wäre auch eine Ausgestaltung der Zeitpauschalen abweichend vom Tagesbezug möglich, die ebenfalls (instituts-)ambulante Leistungen umfasst. Insbesondere bei längeren Bezugszeiträumen würde die Entgeltform große Ähnlichkeiten mit dem (weiter unten behandelten) Regionalbudget aufweisen. Der wesentliche Unterschied bestünde hinsichtlich des direkten Fallbezugs der Vergütung (beim Regionalbudget sind ggf. Fallzahlgrenzen definiert, bei deren Über-/Unterschreitung erst eine Vergütungsanpassung vorgenommen wird). Da hiermit ein Anreiz zur Fallzahlsteigerung geschaffen würde, ist das Regionalbudget aus anreiztheoretischer Perspektive überlegen. Deshalb wird auf die separate Darstellung der sektorübergreifenden Zeitpauschale verzichtet.

Versorgung in andere Sektoren zu verlagern.<sup>42</sup> Hinzu kommt bei langfristigen Zeitpauschalen ein verhältnismäßig geringer administrativer Aufwand, der jedoch zugleich zu einer Reduktion der Leistungs- und Ergebnistransparenz in der Versorgung führt. Diese Überlegungen implizieren, dass aus anreiztheoretischer Perspektive der Einsatz von Wochen-, Quartals- und Jahrespauschalen im Vergleich zur Vergütung anhand von tagesgleichen Pflegesätzen zu Steigerungen in der Versorgungseffizienz führen sollte.

### 2.1.3 Gesonderte Vergütungsformen (Regionalbudgets)

Bei Regionalbudgets handelt es sich im Prinzip um einrichtungsbezogene Budgets mit Regionalbezug.<sup>43</sup> Dabei umfasst das dem Leistungserbringer zugewiesene Budget die vollstationäre, teilstationäre und institutsambulante Behandlung für einen definierten Zeitraum (i.d.R. ein Jahr oder mehrere Jahre).<sup>44</sup> Regionalbudgets stellen somit ein in Anlehnung an die integrierte Versorgung nach §§140a ff. SGB V ausgestaltetes Versorgungskonstrukt dar, dass die stationäre Versorgung um ambulante Versorgungsaspekte erweitert.<sup>45</sup> Die Leistungserbringer verpflichten sich, in den momentan selektivvertraglich ausgestalteten Modellprojekten, zur Übernahme sämtlicher Patienten einer Region (mit spezifischen Krankheitsbildern), die durch Vertragsärzte eingewiesen werden, als Notfall stationär aufgenommen werden oder die Voraussetzungen für eine Behandlung in den Institutsambulanzen erfüllen.<sup>46</sup>

Die Anreizwirkungen eines Regionalbudgets implizieren die Minimierung des Ressourceneinsatzes, sowohl im Hinblick auf die Fallzahlen<sup>47</sup> als auch auf den Ressourcenaufwand je Fall. Um diese Ziele zu erreichen, müssen die Leistungserbringer jedoch eine qualitativ hochwertige (institutsambulante, teilstationäre und stationäre)

<sup>42</sup> Die Verlagerung des Aufwands kann sowohl in institutsambulante sowie vertragsärztliche Angebote erfolgen. Entscheidend hierfür ist, dass die Leistungserbringung in der Einrichtung, in die verlagert wurde, nicht über die gleiche Pauschale vergütet wird. Die Verlagerung in die andere Einrichtung, bei der eine zusätzliche Vergütung ausgelöst wurde, ist aus Sicht der verlagernden Einrichtung im Regelfall effizient; aus gesellschaftlicher Perspektive ist dies nur dann der Fall, wenn der Ressourcenaufwand in der Einrichtung, in die verlagert wurde, geringer ausfällt.

<sup>43</sup> In den Modellregionen, in denen Regionalbudget gegenwärtig erprobt werden, wird für die institutsambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung eines definierten Krankheitsspektrum aller Patienten ein Gesamtbudget vereinbart. Prinzipiell ist eine Kopplung des Gesamtbudgets z.B. an Fallzahlen oder Patientenzahlen (Einschreibemodell) denkbar.

<sup>44</sup> Grundsätzlich könnte ein Regionalbudget zusätzlich den vertragsärztlichen ambulanten Sektor abdecken. Bisherige Modellprojekte sind jedoch nicht dahingehend ausgestaltet, sodass zusätzlich zur stationären Behandlung in der Einrichtung mit Regionalbudget die ambulante Versorgung ausschließlich die institutsambulante Behandlung umfasst.

<sup>45</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherungen e.V. (2011), S. 10.

<sup>46</sup> Vgl. Deister et al. (2010), S. 336.

<sup>47</sup> Soweit keine Fallzahlvorgaben existieren.

Versorgung sicherstellen, um spätere Wiedereinweisungen zu vermeiden.<sup>48</sup> Ferner gilt es für Leistungserbringer, das ambulante Behandlungspotential stärker auszunutzen, um den Ressourcenaufwand möglichst gering zu halten. Dies impliziert eine an den Patientenbedürfnissen orientierte Versorgung. Allerdings ist zu beachten, dass Risikogruppen existieren können, für die eine stationäre Behandlung unbedingt erforderlich ist. Wenn Anbieter diesen Patienten unter Kostengesichtspunkten einen stationären Aufenthalt verzögert anbieten oder gar vorenthalten, könnten vereinzelt negative Qualitätswirkungen auftreten. Außerdem wird vom Anbieter eine Optimierung der Verweildauer je Fall angestrebt. Zu lange stationäre Aufenthalte verbrauchen unnötig viele Ressourcen, während zu kurze Behandlungsepisoden das Risiko von Rückfällen oder Wiedereinweisungen erhöhen.<sup>49</sup> Erste empirische Ergebnisse von Modellprojekten zeigen, dass durch Regionalbudgets sowohl der stationäre Behandlungsbedarf als auch die kumulative Verweildauer gesenkt werden konnten.<sup>50</sup> Der administrative Aufwand ist hinsichtlich der Dokumentationspflichten im Vergleich mit dem gegenwärtigen Vergütungssystem ebenfalls gering ausgeprägt, was eine begrenzte Leistungstransparenz impliziert. Allerdings ergibt sich ein gewisser Aufwand mit Blick auf den notwendigen Organisations- und Koordinierungsaufwand zwischen der institutsambulanten, teilstationären und stationären Versorgung. Die Nutzung des ambulanten und teilstationären Versorgungspotenzials und der stärkere Anreiz zur Leistungsminimierung lässt aus anreiztheoretischer Perspektive mittelfristig eine Steigerung der Versorgungseffizienz erwarten.

## **2.2 Vor- und Nachteile für Leistungserbringer, Kostenträger und Gesellschaft**

Während die Anreizwirkungen der verschiedenen Abrechnungseinheiten sich im Wesentlichen im Rahmen der Versorgungsleistung durch die Leistungserbringer manifestieren, sind die Interpretationsmöglichkeiten des Einsatzes unterschiedlicher Instrumente stark von der Betrachtungsperspektive abhängig. Je nach Perspektivwahl stellen sich unterschiedliche Aspekte als Vor- bzw. Nachteile gegenüber dem aktuellen Vergütungssystem dar. In der gesundheitsökonomischen Literatur werden üblicherweise Leistungserbringer-, Kostenträger- und gesellschaftliche Perspektive gegenübergestellt.<sup>51</sup>

---

<sup>48</sup> Vgl. Deister et al. (2010), S. 336.

<sup>49</sup> Vgl. Huttner (2006), S. 13.

<sup>50</sup> Vgl. Deister et al. (2010), S. 341; Deister (2011), S. 85ff.

<sup>51</sup> Vgl. Hessel et al. (1999), S. 11 ff.

## Leistungserbringerperspektive

Die zentralen Vor- und Nachteile der verschiedenen Abrechnungseinheiten aus der Perspektive der Leistungserbringer im Vergleich zum gegenwärtigen Pflegesatz-Vergütungssystem werden in Tabelle I zusammenfassend dargestellt.

	Vorteile	Nachteile
Fallpauschalen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erhöhung Leistungstransparenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verstärkte Kostenverantwortung und somit höheres Kostenrisiko (insb. mit Blick auf Hochkostenpatienten)</li> <li>- Erhöhter administrativer Aufwand</li> </ul>
Zeitpauschalen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinkender administrativer Aufwand (bei geringer Differenzierung)</li> <li>- Zunahme der Leistungstransparenz (bei höherer Differenzierung)</li> <li>- Höhere Flexibilität des Ressourceneinsatzes (bei größeren Bezugszeiträumen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erhöhter administrativer Aufwand (bei höherer Differenzierung)</li> <li>- Höhere Planungsunsicherheit in Bezug auf heterogene Krankheits- und Therapieverläufe (bei größeren Bezugszeiträumen; insb. mit Blick auf Hochkostenpatienten)</li> </ul>
Regionalbudgets	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Größere Flexibilität in der Behandlung</li> <li>- Höhere Planungssicherheit hinsichtlich der Budgethöhe</li> <li>- Stärkung der Marktposition</li> <li>- Geringerer administrativer Aufwand bzgl. Vergütung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Übernahme des Morbiditätsrisikos</li> <li>- Höherer Organisations- und Koordinierungsaufwand</li> </ul>

Tab. I: Vor- und Nachteile der verschiedenen Entgeltformen gegenüber dem aktuellen Vergütungssystem aus Sicht der Leistungserbringer  
(Quelle: Eigene Darstellung)

Der zentrale Vorteil für die Leistungserbringer bei einer fallpauschalenbasierten Abrechnung liegt in der erhöhten Leistungstransparenz. Diese ermöglicht es, Ansatzpunkte für Effizienzsteigerungen zu identifizieren, Kosten einzusparen und letztlich positive Deckungsbeiträge zu realisieren. Demgegenüber steht die deutlich erhöhte Kostenverantwortung des Leistungserbringers. Einrichtungs- oder abteilungsspezifische Besonderheiten in den Kostenstrukturen werden bei landeseinheitlicher Festsetzung der Höhe der Fallpauschalen, die analog zum DRG-System zu erwarten wäre, nicht berücksichtigt. Außerdem besteht die Problematik der schwierigen Berücksichtigung von atypischen Hochkostenpatienten. Solche Patienten erzeugen einen überdurchschnittlichen Ressourcenaufwand, welcher nicht adäquat durch die Höhe der Fallpauschale gedeckt ist, so dass es auf Seiten des Leistungserbringers zu erheblichen Unterdeckungen kommen kann. Diese Befürchtungen könnten letztlich zu einer verstärkten Patientenselektion führen, zumal der Unterdeckung bei den Hochkostenpatienten Überdeckung bei einem großen Teil der



„leichteren“ Patienten gegenüberstehen. Hinzu kommt ein sehr hoher administrativer Aufwand, vor allem bei der Dokumentation und Kodierung von Diagnosen und Prozeduren.<sup>52</sup>

Die Vor- und Nachteile der Leistungserbringer bei einer zeitpauschalenbasierten Vergütung hängen stark von der letztlichen Kalkulationsgrundlage der Zeitpauschalen ab. Bei relativ undifferenzierten Zeitpauschalen (z.B. Abteilungsbezug) liegt der Vorteil in einem geringen Verwaltungsaufwand und einer hohen Planungssicherheit in Bezug auf die Umsätze. Je differenzierter die Kalkulationsgrundlage der Zeitpauschalen ist (z.B. fallbezogene Tagespauschale mit Differenzierung nach Diagnose, Prozeduren und Verweildauer), desto größer wird auch der administrative Aufwand. Allerdings steigt damit ebenfalls die Präzision der Abbildung des Ressourcenaufwands und die Transparenz über das Leistungsgeschehen. Mit wachsendem Bezugszeitraum (also bei Quartals- oder Jahrespauschalen) als Abrechnungsgrundlage wird die Flexibilität im Ressourceneinsatz und somit in der Behandlung des Patienten immer größer. Jedoch besteht eine größere Planungsunsicherheit in Bezug auf Patientenklientele mit stark heterogen verlaufenden Krankheits- und Therapieverläufen und somit letztlich hinsichtlich des erforderlichen Ressourcenaufwands. Somit stellt sich auch bei längerfristigen Zeitpauschalen das Problem der Kostenverantwortung für den Leistungserbringer (insb. bei Hochkostenpatienten).

Im Rahmen der Vergütung anhand von Regionalbudgets ergeben sich für die Leistungserbringer verschiedene Vorteile. Die Wesentlichen liegen in der Budgetsicherheit der Einrichtung und dem flexiblen Umgang mit den zur Verfügung gestellten Ressourcen. Außerdem könnten die Leistungserbringer durch das Angebot durchgängiger Behandlungskonzepte, die aufeinander abgestimmte institutsambulante, teilstationäre und stationäre Maßnahmen beinhalten können, ihre Marktposition gegenüber der vertragsärztlichen Versorgung stärken. Demgegenüber steht ein hoher Organisations- und Koordinierungsaufwand, um das ambulante Versorgungspotenzial auszunutzen. Darüber hinaus trägt der Leistungserbringer das Morbiditäts- und somit das Kostenrisiko, sofern keine Ausgleichsregelungen mit den Kostenträgern vereinbart werden.

---

<sup>52</sup> Vgl. Geissler et al. (2012), S. 634.

## Kostenträgerperspektive

Die Kostenträgerperspektive steht der Leistungserbringerperspektive in vielen Punkten konträr gegenüber. Die wichtigsten Vor- und Nachteile aus Kostenträgerperspektive gegenüber dem Status quo können Tabelle 2 entnommen werden.

	Vorteile	Nachteile
Fallpauschalen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effizienzsteigerung</li> <li>- Bessere Vergleichbarkeit der Leistungserbringer durch mehr Transparenz</li> <li>- Reduzierung nicht notwendiger Leistungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Höherer Bedarf an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen</li> <li>- Stärkerer Anreiz zur Mengenausweitung</li> <li>- Erhöhte Gefahr des Upcoding</li> <li>- Gefahr einer (medizinisch nicht indizierten) Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich (zu frühzeitige Entlassungen)</li> </ul>
Zeitpauschalen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effizienzsteigerung</li> <li>- Größere Ausgabensicherheit (bei größeren Bezugszeiträumen)</li> <li>- Verstärkte Anreize zu ambulanter und sektorübergreifender Versorgung (bei größeren Bezugszeiträumen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Höherer Verwaltungsaufwand (je differenzierter die Kalkulation)</li> <li>- Große Bezugszeiträume nicht sinnvoll bei Erkrankungen mit einmaligen stationärem Aufenthalt</li> </ul>
Regionalbudgets	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effizienzsteigerung</li> <li>- Intensivere Nutzung des ambulanten Potenzials</li> <li>- Höhere Ausgabensicherheit</li> <li>- Geringere Notwendigkeit für MDK-Prüfungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problem der Bestimmung von Versorgungsregionen</li> <li>- Problematik der Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgung</li> <li>- Geringere Leistungstransparenz</li> </ul>

Tab. 2: Vor- und Nachteile der verschiedenen Entgeltformen gegenüber dem aktuellen Vergütungssystem aus Sicht der Kostenträger  
(Quelle: Eigene Darstellung)

Aus Sicht der Kostenträger liegen die zentralen Vorteile einer fallpauschalenbasierten Vergütung in den Anreizen, nicht notwendige Leistungen und Belegungstage zu vermeiden sowie in der Implementierung von Anreizen zur Effizienzsteigerung in der Versorgung. Hinzu kommen idealerweise kostendämpfende Wirkungen durch Verweildauerreduzierungen und wettbewerbsfördernde Anreize durch gesteigerte Kosten- und Leistungstransparenz, die auch die Vergleichbarkeit der Leistungserbringer fördert. Auch wenn kostendämpfende Effekte aus theoretischer Sicht zu erwarten wären, deuten empirische Erkenntnisse darauf hin, dass diese im stationären psychiatrischen Bereich tendenziell nicht auftreten würden. So wurde empirisch bspw. aufgezeigt, dass der Effekt von Verweildauersenkungen durch erhöhte Wiederaufnahmeraten kompensiert wird (kumulierte Verweildauer weitgehend konstant) und es somit zu keiner Kostenreduktion kommt.<sup>53</sup> Nachteile der fallpauschalenbasierten Vergütung sind aus Sicht der Kostenträger der erhöhte Bedarf an

<sup>53</sup> Vgl. Spießl et al. (2006), S. 2550ff.

Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen, die Gefahr der Mengenausweitung und des Upcoding sowie die Gefahr der medizinisch nicht indizierten Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich bei zu frühzeitiger Entlassung.

Zeitpauschalen sind für die Kostenträger insbesondere bei längeren Bezugszeiträumen interessant. Längere Bezugszeiträume verlagern das Kostenrisiko auf die Leistungserbringer und bedeuten somit Planungssicherheit in Bezug auf die Leistungsausgaben für die Kostenträger. Hinzu kommt, dass mit zunehmender Bezugsdauer für die pauschalierte Vergütung der Anreiz für den Einsatz sektorübergreifender bzw. ambulanter Behandlungskonzepte zunimmt und es somit zu einer Erhöhung der Effizienz der Versorgung kommen kann. Darüber hinaus sind pauschalierte Vergütungen für längere Bezugszeiträume für Erkrankungen mit nur einmaligem stationärem Aufenthalt nicht sinnvoll. Grundsätzlich ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass bei den Zeitpauschalen mit zunehmendem Differenzierungsgrad der Kalkulationsgrundlage auch der administrative Aufwand steigt.

Regionalbudgets stellen aus Kostenträgerperspektive eine große Herausforderung dar. Zum einen besteht das Problem der Definition von Versorgungsregionen – Regionalbudgets scheinen in Ballungsgebieten mit vielen stationären Leistungserbringern nur bedingt einsetzbar zu sein, da Patienten in solchen Regionen häufig mehrere Anbieter aufsuchen und daraus Probleme bei der Leistungsverrechnung zwischen den Anbietern resultieren. Zum anderen besteht die große Problematik des Einbezugs der vertragsärztlichen Versorgung. Wenn durch die Anreize zur Erbringung institutsambulanter Leistungen eine Substitution vertragsärztlicher Leistungen erfolgt, erfordert dies eine saubere Bereinigung der Gesamtvergütung. Hinzu kommt für den Kostenträger das schwierige Management von Regionalbudgets, insbesondere im Hinblick auf vorhandene Informationsasymmetrien in den Budgetverhandlungen und mit Blick auf die Berücksichtigung von budgetrelevanten Veränderungen der Leistungsstruktur.<sup>54</sup> Diesen Nachteilen stehen eine gute Planungssicherheit, die Ausschöpfung des ambulanten Potenzials und die Verringerung notwendiger MDK-Prüfungen entgegen.

### **Gesellschaftliche Perspektive**

Im Rahmen der Analyse der gesellschaftlichen Perspektive werden die Vor- und Nachteile der Abrechnungseinheiten aus Sicht der Leistungserbringer und Kostenträger aufgegriffen und zusätzlich die Perspektive der Patienten in die Betrachtung integriert. Die

---

<sup>54</sup> Vgl. Leber (2011a), S. 10.

wesentlichen Vor- und Nachteile der verschiedenen Entgeltformen im Vergleich zum Status quo aus gesellschaftlicher Perspektive sind in Tabelle 3 zusammengefasst.

	Vorteile	Nachteile
Fallpauschalen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effizientere Behandlungsprozesse</li> <li>- Vermeidung von langen Behandlungen</li> <li>- Erhöhung Leistungstransparenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gefahr der Unter-/Fehlversorgung durch Verweildauerverkürzung, Reduktion des Ressourcenaufwands je Fall, Risikoselektion und Mengenausweitung</li> <li>- Keine Stärkung der ambulanten gemeindenahen Versorgung</li> <li>- Geringe Orientierung an Patientenbedürfnissen</li> </ul>
Zeitpauschalen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientenbedürfnisse rücken in den Fokus (bei größeren Bezugszeiträumen)</li> <li>- Vermehrte Behandlung im ambulanten und teilstationären Bereich (bei größeren Bezugszeiträumen)</li> <li>- Geringerer administrativer Aufwand (bei größeren Bezugszeiträumen)</li> <li>- Höhere Leistungstransparenz (bei kurzen Bezugszeiträumen)</li> <li>- Effizienzsteigerung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geringere Leistungstransparenz (bei größeren Bezugszeiträumen)</li> <li>- Ggf. Risikoselektion (bei größeren Bezugszeiträumen)</li> <li>- Gefahr der Unter-/Fehlversorgung von Hochkostenpatienten (bei größeren Bezugszeiträumen)</li> </ul>
Regionalbudgets	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stärkere Patientenorientierung</li> <li>- Flexibilisierung der Behandlung</li> <li>- Stärkere Nutzung institutsambulanter und teilstationärer Versorgungsmöglichkeiten</li> <li>- Effizientere Nutzung von Ressourcen</li> <li>- Optimierung der Verweildauer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht für Ballungsgebiete geeignet</li> <li>- Problematische Finanzierung überregionaler Versorgungsschwerpunkte</li> <li>- Weniger Transparenz</li> </ul>

Tab. 3: Vor- und Nachteile der verschiedenen Entgeltformen gegenüber dem aktuellen Vergütungssystem aus gesellschaftlicher Perspektive  
(Quelle: Eigene Darstellung)

Mit Blick auf eine fallpauschalenbasierte Vergütung stehen auf der Vorteilseite aus gesellschaftlicher Perspektive eine Erhöhung der Leistungstransparenz sowie die Vermeidung von unnötig langen stationären Aufenthalten. Der Anreiz zu mehr Wirtschaftlichkeit im Versorgungsprozess, der die Realisierung von Rationalisierungspotenzialen hervorruft, führt letztlich auch aus gesellschaftlicher Perspektive zu einer höheren Versorgungseffizienz. Demgegenüber steht die Gefahr einer Unterversorgung der Patienten durch Patientenselektion, zu weit getriebener Verweildauerreduzierung oder zu starker Reduzierung des Ressourcenaufwands je Fall. Ferner besteht aufgrund des Anreizes zur Erhöhung der Fallzahlen die Gefahr von Über-/Fehlversorgung. Ebenfalls nachteilig aus gesellschaftlicher Perspektive wirkt der fehlende Anreiz, stationäre Aufnahmen durch Nutzung ambulanter und gemeindenaher Versorgungsangebote zu vermeiden. Generell kann somit festgestellt werden, dass die ökonomischen Anreize bei dieser Entgeltform daher eher weniger in Einklang mit den Patientenbedürfnissen zu bringen sind.

Zeitpauschalen mit kurzen Bezugszeiträumen implizieren aus gesellschaftlicher Perspektive den Vorteil, dass die Effizienz der Leistungserbringung zunimmt und eine höhere Leistungstransparenz besteht. Je länger der Bezugszeitraum der Zeitpauschale wird, desto mehr rücken die Versorgungsqualität und die Patientenbedürfnisse in den Fokus der Behandlung. Für Anbieter existiert ein Anreiz eine hohe Versorgungsqualität zu erreichen, um den stationären Behandlungsbedarf eines Patienten weitgehend zu minimieren. Auch besteht für sie ein Interesse daran, dass Patienten möglichst ambulante und teilstationäre Versorgungsangebote nutzen. Hierdurch steigt ebenfalls die Effizienz der Versorgung. Ferner ist bei längerfristigen Zeitpauschalen ein niedrigerer administrativer Aufwand zu erwarten, der allerdings auch mit einer geringeren Leistungstransparenz dieser Abrechnungsform verbunden ist. Allerdings besteht ein gewisses Risiko für verstärkte Patientenselektion, da die Anbieter ein hohes Kostenrisiko bei langfristig ausgelegten Zeitpauschalen tragen. Diese Problematik besteht insbesondere bei Hochkostenpatienten.

Regionalbudgets erscheinen aus gesellschaftlicher Perspektive zunächst interessant. So können Vorteile in der patientenorientierten Versorgung, der Flexibilisierung der Behandlung und der Optimierung der Verweildauer für stationäre Aufenthalte identifiziert werden. Hinzu kommt die zu begrüßende Realisierung des ambulanten Behandlungspotenzials, was letztlich auch einen effizienteren Umgang mit den vorhandenen Ressourcen gewährleistet. Problematisch erscheint dagegen die mangelnde Transparenz des Kosten- und Leistungsgeschehens. Ebenso sind Regionalbudgets in Ballungsgebieten nur schwer zu realisieren, was bewirkt, dass der Zugang zu regionalbudgetbasierten Versorgungskonzepten vermutlich nicht flächendeckend für alle Patienten realisierbar ist. Ferner ist bei Regionalbudgets die Finanzierung überregionaler Leistungserbringer (z.B. Universitätsklinka, Spezialeinrichtungen) zu berücksichtigen. So wäre bei einer Entscheidung für Regionalbudgets zunächst zu klären, ob weiterhin überregionale Leistungserbringer vorgehalten werden sollen. Wenn diese Einrichtungen weiterhin bestehen sollen, so müsste über deren Finanzierung entschieden werden. Erfolgt deren Finanzierung über ein separates Budget, besteht der Nachteil, dass Leistungserbringer zur Kostenvermeidung versuchen werden, kostenintensive Patienten in überregionale Versorgungseinrichtungen zu verlegen. Um diesem Anreiz entgegenzuwirken müssten entsprechend komplexe Bereinigungsmechanismen eingeführt werden, die den administrativen Aufwand insbesondere der Kostenträger deutlich erhöhen würden.

## 2.3 Zwischenfazit

Im vorangehenden Kapitel wurden sowohl die Anreizwirkungen der einzelnen Abrechnungseinheiten für die Leistungserbringer als auch die sich ergebenden Vor- und Nachteile aus der Perspektive der Leistungserbringer, Kostenträger und der Gesellschaft aus mikroökonomischer Sicht herausgearbeitet. Im Folgenden werden die zentralen Erkenntnisse aus dieser Analyse nochmal zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 4 veranschaulicht die Anreizwirkungen der verschiedenen Abrechnungseinheiten im Vergleich mit der Vergütung über tagesgleiche Pflegesätze. Insgesamt zeigt sich ein relativ heterogenes Bild. Hinsichtlich des Ressourcenaufwands und der Effizienz sind jedoch identische Veränderungen festzustellen. Die pauschalierte Vergütung und die Abkopplung des Personaleinsatzes von den Vorgaben der Psych-PV führen für die Leistungsanbieter zu Anreizen, effizientere Möglichkeiten der Leistungserbringung umzusetzen, damit die Kosten der Leistungserbringung die erzielbaren Erlöse nicht übersteigen. Ebenfalls kann generell festgestellt werden, dass mit zunehmenden Differenzierungsgrad des Vergütungssystems die Transparenz des Leistungsgeschehens tendenziell zunimmt, während jedoch gleichzeitig der administrative Aufwand ansteigt. Auch steigt mit zunehmender Langfristigkeit der Vergütung der Anreiz zur Reduktion der kumulierten Verweildauer.

Abrechnungseinheit / Dimension	Leistung		Verweildauer je Fall	Qualität <sup>1</sup>	Administrativer Aufwand	Transparenz	Effizienz
	Anzahl Fälle	Ressourcenaufwand je Fall/ Zeiteinheit					
Fallpauschalen	↑	↓	↓	0	↑	↑	↑
<b>Zeitpauschalen</b>							
Tagespauschalen	0	↓	0 <sup>2</sup>	0	↑	↑	↑
Wochen-/Quartals-/ Jahrespauschalen	↑	↓	↓	0 / ↑ <sup>4</sup>	0 / ↓ <sup>4</sup>	0 / ↓ <sup>4</sup>	↑
<b>Gesonderte Vergütungsformen</b>							
Regionalbudgets	↓ <sup>3</sup>	↓	↓	↑	0	↓	↑
↑: Anreiz zur Steigerung; 0: Anreiz neutral oder unklar; ↓: Anreiz zur Senkung gegenüber Status quo <sup>1</sup> Mikroökonomische Beurteilung von Aspekten der Über-, Unter- und Fehlversorgung <sup>2</sup> Bei degressiver Ausgestaltung der Tagespauschale besteht eine leichte Tendenz zur Verweildauerreduktion <sup>3</sup> Einschränkung Mindestfallzahlen/Fallzahlvorgaben <sup>4</sup> Mit zunehmendem Bezugszeitraum sinken administrativer Aufwand und Transparenz bei gleichzeitig verstärktem Qualitätsanreiz							

Tab. 4: Anreize der jeweiligen Vergütungsformen gegenüber Status quo

(Quelle: Eigene Darstellung)

Aus anreiztheoretischen Überlegungen impliziert der Einsatz von Fallpauschalen durchaus wünschenswerte Anreizwirkungen, da sie Anreize zur Reduktion des Ressourcenaufwands und der Verweildauer setzen, die zeitgleich mit einer erhöhten Leistungstransparenz einhergehen. Dem gegenüber steht ein erhöhter administrativer Aufwand, zusätzlicher Bedarf an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen sowie die Gefahr der Mengenausweitung. Hinzu kommt eine nicht zu unterschätzende Gefahr einer Unter- bzw. Fehlversorgung aufgrund der Reduktion des Ressourcenaufwands je Fall sowie möglicher Patientenselektion, die es bei der Urteilsbildung ebenfalls zu berücksichtigen gilt.

Tagespauschalen setzen den Anreiz den Ressourcenaufwand je Fall zu reduzieren, ohne dass sie dabei Anreizwirkungen zur Verringerung der Versorgungsqualität im Vergleich zu tagesgleichen Pflegesätzen hervorrufen. Mit steigendem Differenzierungsgrad ist allerdings ein erhöhter administrativer Aufwand zu erwarten, wodurch wiederum eine höhere Leistungstransparenz erreicht werden kann. Ferner kann von einer Effizienzsteigerung im Vergleich zum Status Quo ausgegangen werden.

Bei Zeitpauschalen ohne Tagesbezug lassen sich vor allem in Abhängigkeit ihrer Bezugszeiträume (Woche, Quartal, Jahr) Anreize bzw. Vorteile feststellen. So ergibt sich mit größeren Bezugszeiträumen eine stärkere Nutzung der ambulanten und sektorübergreifenden Behandlungsmöglichkeiten. Zudem stellen sich Zeitpauschalen mit größeren Bezugszeiträumen besonders positiv dar, indem sie sich stärker an den Patientenbedürfnissen orientieren. Auch der administrative Aufwand nimmt mit größerem Bezugszeitraum ab, was jedoch eine geringere Leistungstransparenz bedeutet. Außerdem besteht die Gefahr einer zunehmenden Risikoselektion bei größeren Bezugszeiträumen.

Die Anreize, die von einem Regionalbudget ausgehen, unterstellen auf den ersten Blick eine Vorteilhaftigkeit gegenüber dem Status Quo. So ist aus anreiztheoretischer Perspektive eine Steigerung der Effizienz bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung zu erwarten. Allerdings müssen in der Analyse die bestehenden Umsetzungsprobleme beachtet werden, die sich bspw. durch die schwierige Abgrenzung geeigneter Regionen sowie komplexe Budgetverhandlungen und Bereinigungsmechanismen ergeben.

### 3 Besonderheiten von stationären psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen

Nachdem im vorangegangenen Kapitel die generellen Anreizwirkungen der unterschiedlichen Entgeltformen ohne direkten Bezug zur stationären psychiatrischen Versorgung diskutiert wurden, sollen in diesem Kapitel explizit die relevanten Charakteristika der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungslandschaft herausgearbeitet werden. Dies ist erforderlich, um anschließend die Eignung und Vorteilhaftigkeit der unterschiedlichen Abrechnungseinheiten im Kontext des Leistungsgeschehens in der Psychiatrie bewerten zu können.

Im Vergleich zum somatischen Krankenhausbereich ist das Leistungsgeschehen in der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung (§ 17 d KHG) durch einige spezifische Merkmale geprägt, die eine Sonderstellung der Psychiatrie und Psychosomatik (Krankenhausabteilungen und Fachkrankenhäuser mit psychiatrischer und psychosomatischer Ausrichtung) in der stationären Versorgung rechtfertigen. Die Spezifika psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen sollen anhand der drei Dimensionen Krankheitsverlauf, Behandlungsverlauf und Kostenstruktur systematisch herausgestellt werden.

#### 3.1 Krankheitsverlauf

Das Leistungsgeschehen in der Psychiatrie wird oftmals von chronischen Krankheitsverläufen und einem hohem Rückfallrisiko innerhalb der einzelnen Störungsbilder begleitet.<sup>55</sup> Die Konsequenz sind **häufige stationäre Wiederaufnahmen**. Gerade psychische Krankheiten, die einen ungenügend prognostizierbaren, episodischen Verlauf aufweisen, haben ungeplante wiederholte Krankenhausaufenthalte zur Folge. In einer Untersuchung des GKV-Spitzenverbandes konnte gezeigt werden, dass innerhalb eines Jahres über 60% der Patienten nur einmal stationär aufgenommen werden, aber über 60% aller stationären Aufenthalte auf die knapp 40% der Patienten mit mehreren stationären Aufenthalten zurückzuführen sind.<sup>56</sup>

Bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen handelt es sich häufig um Erkrankungen, die einen stark heterogenen Krankheitsverlauf (episodisch/kontinuierlich; mit/ohne Remission, etc.) aufweisen, der schwer prognostizierbar ist. Dies indiziert einen jeweils differierenden Bedarf an ambulanten und stationären Behandlungsangeboten für ein

---

<sup>55</sup> Vgl. Huttner (2006), S. 12.

<sup>56</sup> Vgl. Haas (2010), S. 16 ff.



und dieselbe Diagnose. Dabei kann nicht prognostiziert werden, ob, in welchen Abständen und wie lange eine Therapie von psychischen Störungen stationär oder ambulant erfolgen muss.<sup>57</sup> Diese Heterogenität der Krankheitsverläufe und der damit verbundene ständige Wechsel zwischen ambulanten und stationären Behandlungsepisoden müssen in einem Entgeltsystem adäquat und aufwandsgetreu abgebildet sein.

Ähnlich uneinheitlich wie die stationäre Wiederaufnahmerate bei Patienten mit gleicher Diagnose ausfällt, variiert auch die Verweildauer der Behandlungsepisoden. So wird auf psychiatrischen Stationen eine große **Streuung der Verweildauer** beobachtet.<sup>58</sup> Wie verschiedene Studien zeigten, kann jedoch nur ein geringer Anteil der Verweildauerstreuung durch verschiedene diagnosebezogene, personenbezogene oder einrichtungsbezogene Variablen erklärt werden.<sup>59</sup> Somit kann nicht mit Sicherheit abgeschätzt werden, wie lange der stationäre Aufenthalt eines Patienten letztendlich indiziert ist. Die große Variabilität der Verweildauer, als wesentliches Charakteristikum psychischer und psychosomatischer Erkrankungen, muss daher ebenfalls im Vergütungssystem berücksichtigt werden.

### 3.2 Behandlungsverlauf

Für die Behandlung psychischer Erkrankungen existieren für alle wesentlichen Bereiche diagnostische und therapeutische Leitlinien. Allerdings lassen diese, aufgrund der Heterogenität der Patientenklientel in der Psychiatrie, Handlungskorridore in der Therapiewahl für die Leistungserbringer zu. Auch weisen einzelne Erkrankungen gewisse Abgrenzungen auf, die zu verschiedenen Diagnosestellungen bei unterschiedlichen Ärzten führen können.

Obwohl die Diagnostik anhand standardisierter Instrumente vorgenommen wird, stellen Diagnosen immer noch Konstrukte dar, die teilweise keine ausreichende Trennschärfe aufweisen. Im Einzelfall kann dies dazu führen, dass auch zwischen Experten kein diagnostischer Konsens hergestellt werden kann (**Möglichkeit zur alternativen Diagnosestellung**).<sup>60</sup> Hinzu kommt, dass aufgrund verschiedener Studien die Reliabilität (Verlässlichkeit) psychiatrischer Diagnosen für bestimmte Krankheitsbilder angezweifelt

---

<sup>57</sup> Vgl. Fritze (2010), S. 183.

<sup>58</sup> Vgl. Huttner (2006), S. 89.

<sup>59</sup> Vgl. Frick et al. (1999), S. 157.

<sup>60</sup> Vgl. Fritze et al. (2011), S. 58.

werden kann.<sup>61</sup> Ferner ist zu berücksichtigen, dass viele Patienten Komorbiditäten aufweisen, welche die Diagnostizierung der Hauptdiagnose erschweren. Teilweise kommt es deshalb während des Therapieverlaufs zur weiteren Anpassung bzw. Änderung der Diagnose.<sup>62</sup> Somit beginnt der Behandlungsverlauf unter Umständen mit einer Restunsicherheit hinsichtlich der korrekten Diagnosestellung und der darauf aufbauenden Therapieansätze. Diagnosen sind als Kostentrenner in einem Vergütungssystem für psychische und psychosomatische Erkrankungen daher kritisch zu hinterfragen.

Die Therapieverläufe von psychischen Störungen stellen sich, analog zur Heterogenität der Krankheitsverläufe, trotz gleicher Haupt- oder Nebendiagnose, sehr verschieden dar.<sup>63</sup> So sind Patienten teilweise auf langfristige und komplexe stationäre Behandlungen angewiesen, während andere identisch diagnostizierte Patienten ambulant therapiert werden können.<sup>64</sup> Zudem ist es für psychische Erkrankungen charakteristisch, dass die Ergebnisqualität von einer Vielzahl anderer Faktoren - als den therapeutisch beeinflussbaren - abhängt.<sup>65</sup> Hier spielt u.a. die Akzeptanz der Therapieangebote durch den Patienten eine entscheidende Rolle bei Therapieentscheidungen.<sup>66</sup> Ebenso beeinflusst die psychosoziale Situation der Patienten mit Vorhandensein oder Fehlen unterstützender Faktoren das Therapieergebnis. Weiterhin kann die Varianz der therapeutischen Behandlung bei gleichen Diagnosen auch darauf zurückgeführt werden, dass die vorhandenen Leitlinien aufgrund der Heterogenität der Patientenklientel und ihrer individuellen Behandlungserfordernisse gewisse Entscheidungsspielräume vorsehen. So ergibt sich ein an den Besonderheiten des Einzelfalls orientierter Therapieverlauf, bei dem der behandelnde Arzt bzw. Therapeut einen gewissen **Entscheidungskorridor bei der Therapiewahl** hat.<sup>67</sup> Dieser Entscheidungskorridor ist dabei nicht als Effizienzreserve zu interpretieren, sondern der Behandlungsfreiheit individueller Patientenbedürfnisse geschuldet. Entsprechend sollten unterschiedlich aufwändige Therapieansätze auch adäquat durch ein Vergütungssystem abgebildet werden.

---

<sup>61</sup> Stranz/Schanz (2010), S. 17. Beispielsweise die schizoaffektive Störung stellt eine relativ unzuverlässliche diagnostizierbare Erkrankung dar, die entsprechend eine sehr niedrige Interrater-Reliabilität aufweist. Vgl. Hausmann (2010), S. 25. Als weiteres Beispiel können Anpassungsstörungen angeführt werden. Im Rahmen einer Rediagnostik anhand von Patientenakten wurde eine Diagnoseänderung bei ca. 30% der Fälle festgestellt. Vgl. Burger (2011), S. 15. Dieser Aspekt könnte bei Vergütungsrelevanz der Diagnose zu MDK-Prüfungen in größerem Umfang führen.

<sup>62</sup> Vgl. Stranz/Schanz (2010), S. 17.

<sup>63</sup> Vgl. Andreas et al. (2003), S. 236.

<sup>64</sup> Vgl. Beine (2010), S. 260.

<sup>65</sup> Vgl. Fritze et al. (2011), S. 58.

<sup>66</sup> Vgl. Andreas et al. (2003), S. 236.

<sup>67</sup> Vgl. Beine (2010), S. 260.

### 3.3 Kostenstruktur

Hinsichtlich der Kostenstruktur besteht die grundsätzliche Besonderheit bei der Behandlung psychischer Störungen darin, dass die Gesamtkosten in der Psychiatrie sehr stark durch den jeweiligen Personaleinsatz bestimmt sind. Der Personalkostenanteil in der Psychiatrie liegt, je nach Schwerpunkt bei ca. 80%.<sup>68</sup> Die hohe Personalintensität hat - stärker als im allgemeinen Krankenhausbereich - im besonderen Maße Auswirkungen auf das Kostenniveau der Abteilung bzw. der Einrichtung.<sup>69</sup> Ausschlaggebend hierfür ist die aufgewendete Zeit des therapeutischen Personals für den Patienten, die den wichtigsten kurativen Faktor darstellt. Hierunter kann die Zeit für Kommunikation der Therapeuten bzw. Ärzte mit den Patienten sowie die Zeit für die Gestaltung der Organisation des übergeordneten komplexen therapeutischen Settings in der Einrichtung gefasst werden. Zusätzliche Herausforderungen ergeben sich aus der in den letzten Jahren angestiegenen Leistungsverdichtung, die bspw. durch zunehmend administrative Aufgaben oder Dokumentationspflichten (z.B. Psych-OPS) entstanden ist.<sup>70</sup> Die zuvor beschriebene hohe Personalintensität bei der Behandlung psychischer Störungen schlägt sich in einem **hohen Anteil variabler Kosten** nieder, der wesentlich von der Verweildauer determiniert wird.

Die Kostenverläufe der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen weisen individuell betrachtet eine große Variabilität auf. Dies wird auch in Abbildung 2 deutlich, in der die Kosten pro Tag für zwei verschiedene Patienten mit der gleichen Diagnose getrennt nach den an der Behandlung beteiligten Professionen (farbig markiert) dargestellt werden.

---

<sup>68</sup> Vgl. Fritze et al. (2001), S. 4.

<sup>69</sup> Vgl. Haas/Leber (2011), S. 216.

<sup>70</sup> Vgl. Kunze/Schmidt-Michel (2007), S. 1461.

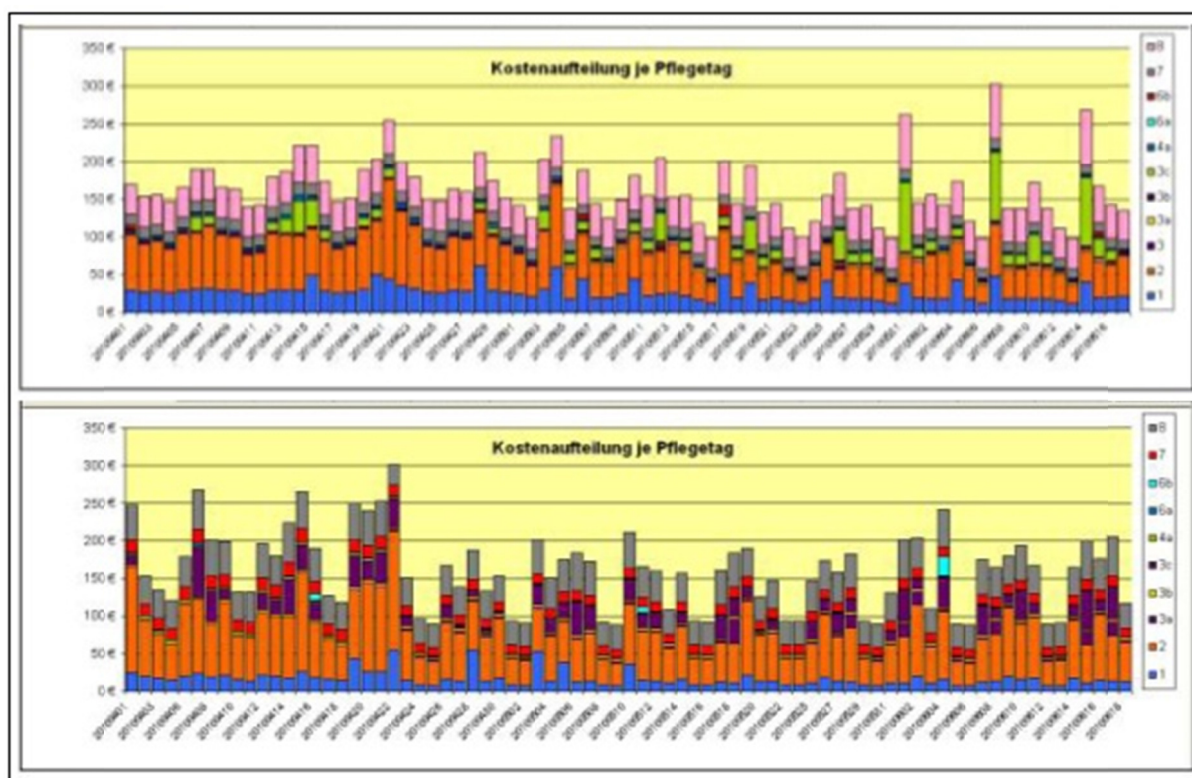


Abb. 2: Kostenmatrix - Patienten mit Diagnose F33.2  
(Quelle: Brobeil (2011), S. 108 f.)

Betrachtet man jedoch nicht individuelle Krankenheitsverläufe, sondern eine hinreichend große Fallzahl sind die meisten der psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen durch einen **degressiven Tageskostenverlauf** gekennzeichnet.<sup>71</sup> So entsteht tendenziell zu Behandlungsbeginn ein überdurchschnittlicher Ressourcenaufwand, der im weiteren Behandlungsverlauf zunehmend auf unterdurchschnittliches Niveau abfällt (s. Abbildung 3). Auch dieser Aspekt muss im Rahmen der anschließenden Analyse der Entgeltformen berücksichtigt werden.

<sup>71</sup> Vgl. Helmig (2011) S. 208.

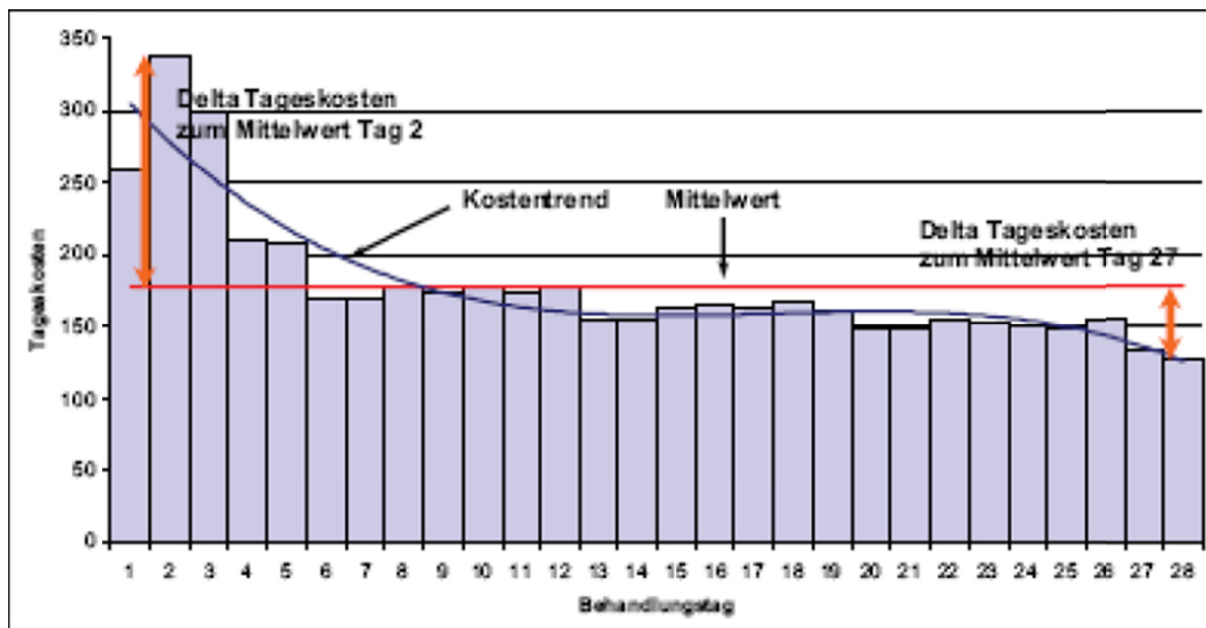


Abb. 3: Entwicklung der Tageskosten  
(Quelle: Heimig (2011), S. 210)

### 3.4 Zwischenfazit

Ziel dieses Kapitels war es, die Besonderheiten der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung aufzuzeigen, die in einem Vergütungssystem berücksichtigt werden müssen. Die Erkenntnisse sollen im Anschluss genutzt werden, um eine Bewertung der verschiedenen Abrechnungseinheiten vor dem Hintergrund des Leistungsgeschehens in der Psychiatrie vornehmen zu können.

Die herausgearbeiteten Spezifika der Psychiatrie und Psychosomatik wurden auf Grundlage von drei Dimensionen abgeleitet, die in Abbildung 4 zusammengefasst sind:

1. Krankheitsverlauf
  - a. Stationäre Wiederaufnahme
  - b. Streuung der Verweildauer
2. Behandlungsverlauf
  - a. Möglichkeiten zur alternativen Diagnosestellung
  - b. Entscheidungskorridor bei Therapiewahl
3. Kostenstruktur
  - a. Hoher Anteil variabler Kosten
  - b. Degressiver Tageskostenentwicklung

Abb. 4: Übersicht Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung  
(Quelle: Eigene Darstellung)

Psychische Erkrankungen weisen einen sehr unterschiedlichen und schwer prognostizierbaren Krankheitsverlauf mit hohen stationären Wiederaufnahmeraten auf. Zudem ist eine große Verweildauerstreuung innerhalb der einzelnen Krankheitsbilder und Behandlungsepisoden festzustellen.

Die Diagnostik von psychischen Erkrankungen kann sich während des Behandlungsverlaufes ändern und weist teilweise keine ausreichende Trennschärfe auf. Dies eröffnet gewisse Möglichkeiten zur alternativen Diagnosestellung. Auch die Therapiewahl kann trotz gleicher Diagnose variieren, da jeweils auf die individuelle Situation und Motivation des Patienten eingegangen werden muss. Entsprechend eröffnen die bestehenden Leitlinien häufig gewisse Entscheidungskorridore bzgl. des therapeutischen Vorgehens.

Hinsichtlich der Kostenstruktur konnte ein hoher Personalkostenanteil an den Gesamtkosten festgestellt werden, was sich in einem hohen Anteil variabler Kosten niederschlägt. Weiterhin können die meisten der psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen zwar individuell stark heterogene Tageskostenverläufe aufweisen, sind insgesamt bei durchschnittlicher Betrachtung jedoch durch einen degressiven Tageskostenverlauf gekennzeichnet. All diese Aspekte gilt es bei der Ausgestaltung eines Vergütungssystems zu berücksichtigen.

## 4 Eignung der unterschiedlichen Abrechnungseinheiten vor dem Hintergrund der Spezifika von stationären psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen

### 4.1 Fallpauschalen

Zunächst gilt es, die grundsätzliche Eignung von **Fallpauschalen** für die Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen vor dem Hintergrund des **Krankheitsverlaufs** und der größtenteils **variablen (verweildauerabhängigen) Kosten** zu diskutieren. Wie in Kapitel 3 gezeigt wurde, stellen die Personalkosten den größten Kostenblock dar, welcher mehr als 80% der Versorgungskosten verursacht.<sup>72</sup> Diese Kosten sind in hohem Maße von der Verweildauer des Patienten abhängig.<sup>73</sup> Insbesondere bei Fallpauschalen ist daher die **Varianz der Verweildauer** bzw. der Fallkosten von großer Bedeutung für die Kostenhomogenität der Fallgruppen und somit für die sinnvolle Anwendbarkeit dieser Vergütungsform. Es ist entscheidend, inwieweit die Dauer des stationären Aufenthaltes in Abhängigkeit der jeweiligen Erkrankung streut. Als Streuungsmaß eignet sich der Homogenitätskoeffizient ( $H$ ). Dieser setzt mit der Formel  $H = \frac{1}{1 + \frac{\text{Standardabweichung}}{\text{Mittelwert}}}$  den Mittelwert und die Standardabweichung ins Verhältnis zueinander. Eine perfekte Abbildung der Verweildauer (bzw. eine identische Verweildauer von allen Patienten innerhalb einer Fallgruppe) ist erreicht, wenn der Homogenitätskoeffizient den Wert 1 erreicht. Bei einem Homogenitätskoeffizienten von 0,5 entspricht die Standardabweichung dem Mittelwert, was eine sehr große Heterogenität anzeigt. In Abbildung 5 sind verschiedene vom GKV-Spitzenverband berechnete Homogenitätskoeffizienten für psychische Erkrankungen dargestellt. Es wurde eine Analyse der Verweildauerhomogenität für die 15 häufigsten psychischen Krankheitsarten gemäß ICD-Klassifikation auf 3-Steller-Ebene durchgeführt.

---

<sup>72</sup> Vgl. Fritze et al. (2001), S. 4.

<sup>73</sup> Vgl. Kapitel 3.

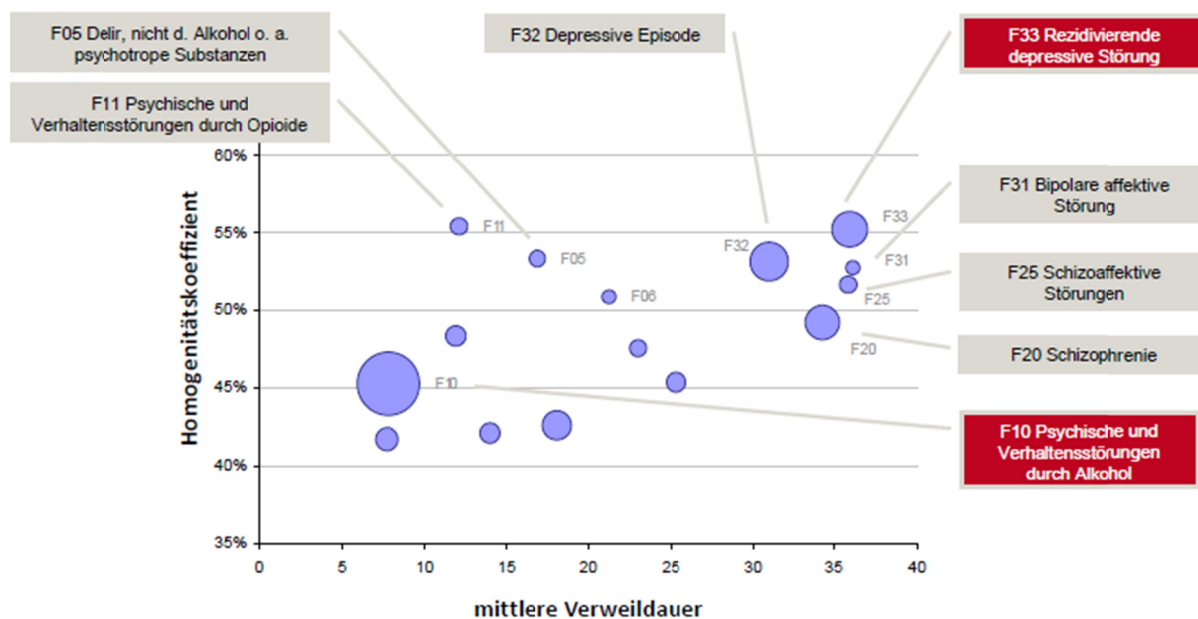


Abb. 5: Homogenitätskoeffizienten für die Verweildauer bei Top-15 ICD-3-Stellern

(Quelle: Haas 27.10.2010, S. 27)

Dabei zeigt sich, dass sich für kein Krankheitsbild (gemäß ICD-3-Steller-Ebene) ein Homogenitätskoeffizient größer als 0,6 ergibt. Dies stellt im Vergleich zur Situation bei Einführung des DRG-Systems für somatische Krankenhausleistungen im Jahr 2004 eine deutlich schlechtere Ausgangssituation dar. Bereits bei verbindlicher DRG-Einführung konnten signifikant höhere Homogenitätskoeffizienten in Bezug auf die Fallkosten<sup>74</sup> erreicht werden. So wiesen nur knapp 2% der DRGs einen geringeren Homogenitätskoeffizienten als 0,55 auf.<sup>75</sup> Somit kann festgestellt werden, dass eine Fallpauschale auf ICD-3-Code-Ebene viel zu unpräzise für eine leistungsgerechte Vergütung ist und weitere Differenzierungen der Fallgruppen für den sinnvollen Einsatz von Fallpauschalen erforderlich wären. Eine weitere diagnosedifferenzierende Gliederung der Fallpauschalen erscheint jedoch nicht unbedingt zielführend, da auf ICD-4-Steller-Ebene nur marginal höhere Homogenitätskoeffizienten zu erwarten sind<sup>76</sup>, die den damit verbundenen Komplexitätsanstieg nicht rechtfertigen würden. Stattdessen müssten weitere Kostentrenner in die Analyse einbezogen werden (z.B. Therapieeinheiten, Regel-/Intensivbehandlung).<sup>77</sup> Außerdem wäre eine

<sup>74</sup> Betrachtet wird an dieser Stelle ein Vergleich der Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer für psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen mit den Homogenitätskoeffizienten der Fallkosten für somatische Erkrankungen. Aufgrund der stark verweildauerabhängigen Kostenentwicklung von psychiatrischen Erkrankungen ist dieser Vergleich zulässig.

<sup>75</sup> Vgl. INEK (2004), S. 83. Im Zuge der Systementwicklung konnte die Kostenhomogenität kontinuierlich verbessert werden, sodass 2012 nur noch 2% der DRGs einen geringeren Homogenitätskoeffizienten als 0,6 aufweisen. Vgl. INEK (2012), S.88.

<sup>76</sup> Vgl. Haas (2010), S. 30.

<sup>77</sup> Ein Übersicht über die international verwandten Kostentrenner im stationär-psychiatrischen Bereich findet sich in Heimig (2011), S.3ff.



Fallgruppendifferenzierung nach Verweildauern möglich (z.B. im Sinne einer Definition von Verweildauergrenzen). So könnten die deutlich höheren Kosten von Langliegern besser abgebildet werden und eine höhere Kostenhomogenität erreicht werden.

Ein spezifisches Problem im Zusammenhang mit der Verweildauer stellt der große Anteil von Kurzliegern in der stationären Versorgung dar (s. Abbildung 6). Das impliziert für die Leistungserbringer das Interesse, möglichst leichte Fälle stationär aufzunehmen, die ggf. auch durch ambulante Versorgungsangebote adäquat versorgt werden könnten, um mit wenig Aufwand einen kompletten Fall abrechnen zu können. Somit besteht insbesondere bei einer Vergütung über Fallpauschalen ein starker Anreiz zur Fehlbelegung. Um dies zu vermeiden, müsste entweder vom MDK konsequent die Notwendigkeit des stationären Aufenthalts geprüft werden, eine alternative/parallele Abrechnungsform (z.B. Tagespauschalen) für Kurzlieger eingeführt werden oder eine Differenzierung der Fallpauschalen nach der Verweildauer vorgenommen werden.

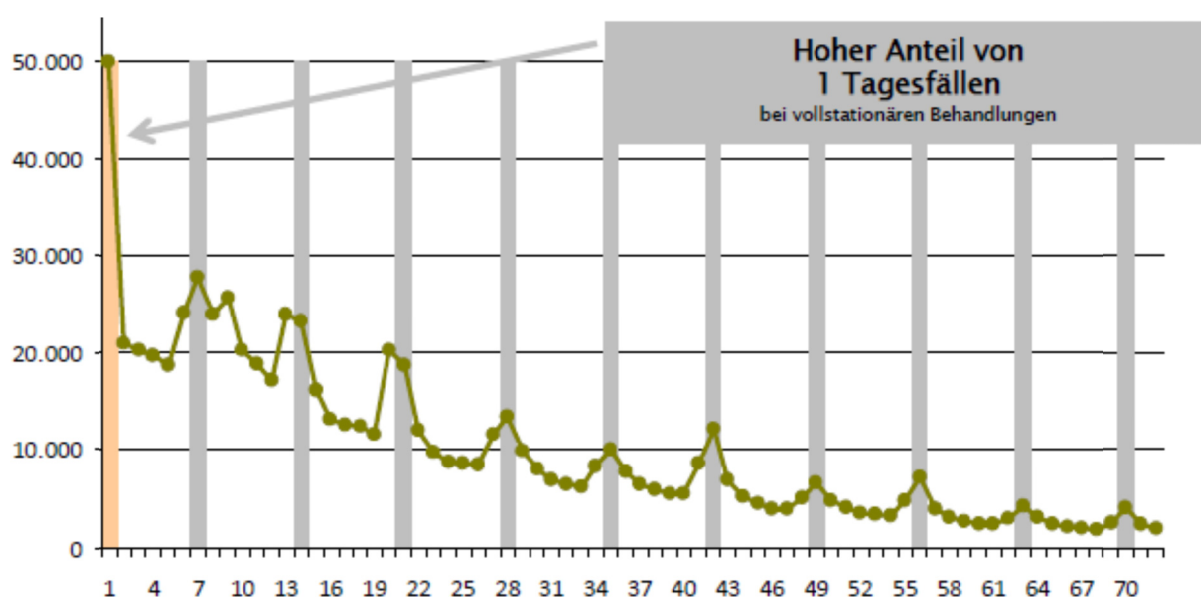


Abb. 6: Tagesfälle in der stationären Versorgung  
(Quelle: Haas (2010), S. 32)

Ferner ist hinsichtlich der grundsätzlichen Eignung von Fallpauschalen für die Vergütung von psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen die Berücksichtigung des **stationären Wiederaufnahmebedarfs** ein wichtiger Aspekt. Wie in Kapitel 3 dargestellt worden ist, gibt es eine Vielzahl von Erkrankungen, die einen chronischen Verlauf bzw. ein erhöhtes Rückfallrisiko aufweisen. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen wechseln Patienten oft zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungsepisoden. Da bei der fallpauschalierten Vergütung der Anreiz zur Fallzahlsteigerung besteht, erscheint

diese Vergütungsform insbesondere für chronische Erkrankungen wenig geeignet. Die Fallzahlen können bei chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen dadurch erhöht werden, dass Patienten unnötigerweise stationär aufgenommen werden, obwohl auch eine ambulante oder teilstationäre Therapie möglich wäre, oder Patienten nach stationärer Behandlung zu frühzeitig in andere Behandlungssektoren entlassen werden, um diese kurz darauf erneut stationär aufzunehmen und als neuen Fall abrechnen zu können. Der zweite Fall korrespondiert zudem mit dem Anreiz zur Verweildauerkürzung. Die Gefahr eines solchen erlösmaximierenden Verhaltens kann nur durch Definition von Wiederaufnahmeregelungen eingeschränkt werden. Ähnlich der gegenwärtigen Regelung im DRG-System dürfte ein zeitnah nach Entlassung wieder aufgenommener Patient nicht neu abgerechnet werden, sondern müsste mit der alten Behandlungsepisode zusammengeführt werden. Da bei Fallzusammenführung keine zusätzliche Vergütung erfolgt, „haften“ die Krankenhäuser für instabile Entlassungen und so besteht der Anreiz, die Patienten nur bei ausreichender mentaler Stabilität zu entlassen. Hierdurch wird auch der Anreiz zur Verweildauerverkürzung abgeschwächt. Diese Wiederaufnahmeregelungen sind jedoch insofern problematisch, dass sie nur schwer medizinisch begründet werden können. Da die Qualität der Versorgung psychischer Erkrankungen von zahlreichen Faktoren beeinflusst wird, die außerhalb des Einflussbereichs des Leistungserbringers liegen<sup>78</sup>, kann für die Behandlungsergebnisse schwer eine „Gewährleistung“ verlangt werden.<sup>79</sup> Insofern ist es problematisch und nicht unbedingt leistungsgerecht pauschale Wiederaufnahmegrenzen zu definieren.

Ferner ist auf die adäquate Abbildung **unterschiedlicher therapeutischer Ansätze** im Rahmen der Diskussion von Fallpauschalen einzugehen. Wie in Kapitel 3 dargestellt wurde, existieren für eine Vielzahl von Krankheitsbildern trotz gleicher Diagnose verschiedene therapeutische Herangehensweisen, die mit einem unterschiedlichen Ressourcenaufwand verbunden sind. Entsprechend bestehen erhebliche Unterschiede der Therapiekosten zwischen verschiedenen Einrichtungen.<sup>80</sup> Daher müssten neben einer ICD-basierten Klassifikation ebenfalls Prozeduren-Codes in die Fallgruppenbildung einfließen, um unterschiedliche Therapiekosten adäquat abbilden zu können. Grundsätzlich wäre diese Differenzierung bei Fallpauschalen durchführbar. Bei einer hinreichend präzisen Abbildung der unterschiedlichen Therapiekosten würden Leistungserbringer voraussichtlich den Patienten die bestmögliche Therapie anbieten, da sie dabei nicht finanziell schlechter gestellt

---

<sup>78</sup> Vgl. Fritze et al. (2011), S. 58.

<sup>79</sup> Vgl. Jacobs (2012), S.19.

<sup>80</sup> Vgl. Helmig (2011), S. 24.

werden. Allerdings wird kritisiert, dass der besondere Therapiebedarf psychisch Kranker nicht adäquat durch die OPS-Codes abgebildet werden könne.<sup>81</sup> So wird bislang lediglich der zeitliche Aufwand, nicht jedoch die inhaltliche Arbeit erfasst.<sup>82</sup> Allerdings bereitet ebenfalls die zeitliche Erfassung teilweise Probleme. So lässt sich beispielsweise der Bedarf zahlreicher Kurzintervention nicht adäquat über OPS-Codes abbilden. Ebenfalls bekommt durch die Integration von Prozeduren-Codes die Fallpauschale einen gewissen Charakter einer Einzelleistungsvergütung, was mit dem Anreiz zur (ggf. unnötigen) Einzelleistungsausweitung verbunden ist.<sup>83</sup>

Hinsichtlich der **Möglichkeiten zur alternativen Diagnosestellung** ist festzustellen, dass bei Fallpauschalen der Anreiz besteht, gegebenenfalls vorhandene diagnostische Grenzbereiche erlösmaximierend auszunutzen. Wenn keine eindeutige Entscheidung zwischen zwei möglichen Diagnosen getroffen werden kann<sup>84</sup>, ist folglich immer die höher vergütete Diagnose zu kodieren. Dieser Aspekt könnte sich daher zu einem häufigen Streitthema bei MDK-Prüfungen entwickeln und zu (Kontroll-) Kostensteigerungen führen.

Abschließend ist hinsichtlich der **degressiven Tageskostenentwicklung** zu bemerken, dass eine fallpauschalisierte Vergütung diesen Aspekt grundsätzlich implizit abbildet, da die Fallpauschalen basierend auf den durchschnittlichen Kosten berechnet werden. Diese durchschnittlichen Kosten enthalten die degressiv verlaufenden Tageskosten in aggregierter Form. Da letztlich bei Fallpauschalen keine Vergütung auf Tagesbasis erfolgt, sondern sich die unzureichende Kostenabbildung aus der Varianz der Verweildauer ergibt, ist dieser Aspekt für diese Vergütungsform von nachrangiger Bedeutung.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich Fallpauschalen den Ressourcenverbrauch nicht hinreichend adäquat abbilden können und mit verschiedenen Fehlanreizen verbunden sind.<sup>85</sup> Vor diesem Hintergrund scheinen Fallpauschalen für eine flächendeckende Anwendung eher ungeeignet zu sein. Gegebenenfalls könnten sie in einzelnen Leistungsbereichen eingesetzt werden, in denen eine überdurchschnittliche Fallkostenhomogenität vorliegt und Wiederaufnahmen nur in begrenztem Umfang relevant sind.

---

<sup>81</sup> Vgl. Wöhrmann (2012), S. 14.

<sup>82</sup> Vgl. Leber (2011a), S. 20.

<sup>83</sup> Ebd.

<sup>84</sup> Vgl. Fritze et al. (2011), S. 58.

<sup>85</sup> Vgl. Fritze (2010), S. 190; Hauth (2011), S. 35.

## 4.2 Zeitpauschalen

### 4.2.1 Tagespauschalen

Im diesem Abschnitt werden die verschiedenen Formen der Tagespauschalen im Hinblick auf ihre Eignung diskutiert. Da Tagespauschalen belegungstagenau abgerechnet werden, sind sie grundsätzlich besonders geeignet, um der Varianz der Behandlungsdauer Rechnung zu tragen.<sup>86</sup> Wie in Kapitel 2 herausgestellt wurde, können Tagespauschalen basierend auf unterschiedlichen Kalkulationstechniken bestimmt werden. In Abbildung 7 sind die drei Ausgestaltungsformen dargestellt, die primär für die psychiatrische stationäre Versorgung diskutiert werden (auf die voraussichtliche konkrete Ausgestaltungsform wird im Exkurs näher eingegangen). Zum einen lässt sich die Tagespauschale **tagesbezogen** kalkulieren. So werden jeweils die durchschnittlichen Behandlungskosten einer Fallgruppe für jeden Behandlungstag neu berechnet, wodurch sich für jeden Behandlungstag ein unterschiedlich hohes Entgelt ergibt. Hierdurch wird der degressiven Tageskostenentwicklung Rechnung getragen. Ebenfalls kann die Tagespauschale **fallbezogen** kalkuliert sein. Es wird eine einheitliche Tagespauschale für eine Fallgruppe basierend auf den durchschnittlichen Fallkosten und der durchschnittlichen Verweildauer dieser Fallgruppe kalkuliert. Diese Tagespauschale bleibt über die komplette Behandlungsdauer konstant. Daher wird die fallbezogene Tagespauschale den linearen Tagespauschalen zugeordnet. Ferner lassen sich die Tagespauschalen auch **wochenbezogen** kalkulieren. Hier hängt die Höhe der Tagespauschale von den durchschnittlichen Kosten der jeweiligen Fallgruppe in den verschiedenen Behandlungswochen ab. Es ergeben sich somit nach Wochen gestaffelte Tagespauschalen. Da die Tageskosten mit zunehmender Verweildauer sinken, ist in den Tagespauschalen, die auf den durchschnittlichen Wochenkosten beruhen, der degressive Kostenverlauf abgebildet. Somit gehört auch die wochenbezogene Tagespauschale zu den degressiven Tagespauschalen.

---

<sup>86</sup> Vgl. Hauth (2011), S. 35.

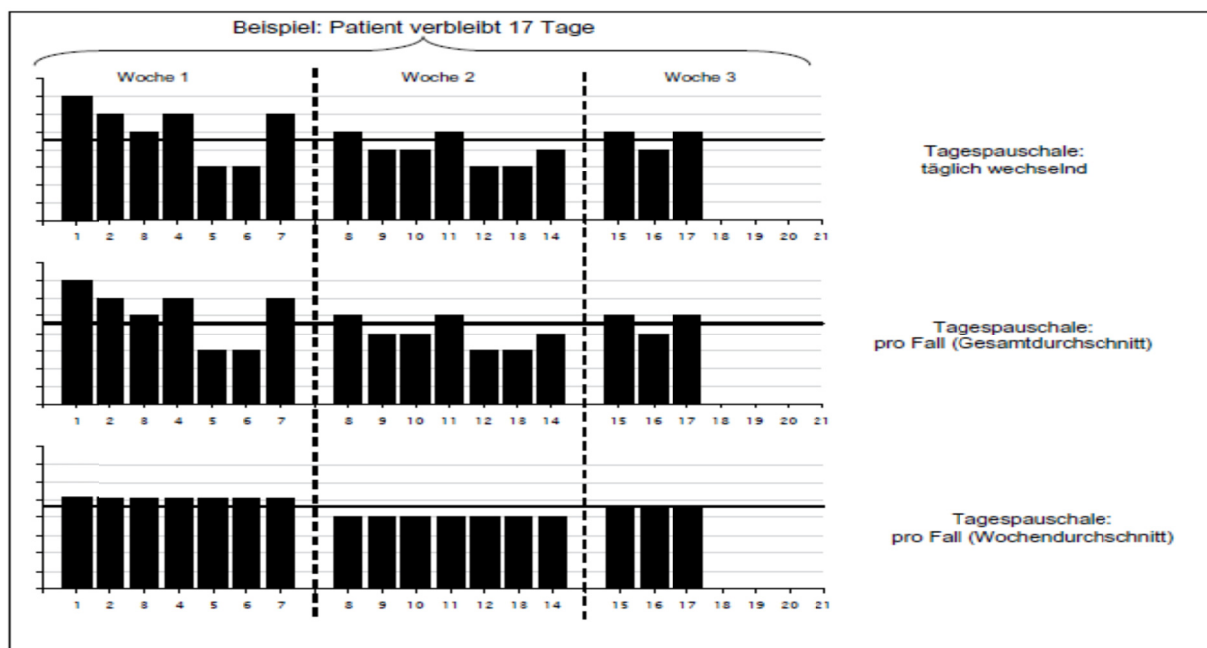


Abb. 7: Kalkulationsansätze der Tagespauschale  
(Quelle: Leber (2011a), S. 20)

Grundsätzlich können Tagespauschalen die **Varianz der Behandlungsdauer** und die **variablen (verweildauerabhängigen) Kosten** gut abbilden, da die tatsächlichen Belegungstage direkt die Höhe des Entgelts beeinflussen. Aufgrund der tagesbezogenen Vergütung stellt auch der hohe Anteil von Kurzliegern kein Vergütungsproblem dar, da dem niedrigen Schweregrad und der kurzen Verweildauer dieser Fälle ein entsprechend geringes Entgelt gegenübersteht. Ebenfalls steht den hohen Fallkosten von Langliegern ein entsprechend höheres Entgelt gegenüber.

Ferner ist hinsichtlich des **Kostenverlaufs** von psychischen Erkrankungen festzustellen, dass die tages- und wochenbezogene Kalkulation der Tagespauschalen die **degressive Kostenentwicklung** durch die sich im Behandlungsverlauf ändernden Tagessätze berücksichtigen. Eine fallbezogen kalkulierte Tagespauschale stellt diese Tageskostendegression im direkten Vergleich weniger adäquat dar, da fallbezogen kalkulierte Tagesentgelte über den kompletten Behandlungszeitraum konstant sind. So sind die bei Behandlungsbeginn überproportional hohen Tageskosten zunächst unterdeckt. Im Verlauf der Behandlung treten dann Überdeckungen aufgrund der degressiven Tageskostenentwicklung auf (s. Abbildung 8). Hierdurch ist im Vergleich mit anderen Ausgestaltungsformen der Tagespauschale der grundsätzliche Anreiz zur Verweildauererlängerung bei fallbezogen kalkulierten Tagespauschalen stärker ausgeprägt, da die Deckungsbeiträge mit zunehmender Verweildauer ansteigen. Dieses Problem kann umgangen werden, indem die fallbezogenen Tagessätze zeitlich gestaffelt werden, wie dies

bei tagesbezogenen und wochenbezogenen Tagespauschalen der Fall ist. Prinzipiell kann die fallbezogene Tagespauschale nach vergütungsrelevanten Verweildauersplits differenziert werden.<sup>87</sup> Da den jeweiligen Verweildauersplits unterschiedliche Relativgewichte zugewiesen sind, entwickelt sich das durchschnittliche Relativgewicht pro Tag degressiv.<sup>88</sup> Das System rückt somit näher an die wochenbezogene Ausgestaltungsform der Tagessätze heran (auch wenn andere Verweildauergrenzen als Wochen gewählt werden).

Ein Nachteil der degressiven Ausgestaltung der Tagespauschalen besteht hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens von Tagesfällen. Da die degressiven Tagespauschalen mit höheren Tagessätzen zu Behandlungsbeginn verbunden sind als lineare Tagespauschalen, ist der Anreiz zur kurzfristigen stationären Aufnahme stärker ausgeprägt. Grundsätzlich dürfte die Fehlbelegungsproblematik aber eher mäßig ausgeprägt sein, da nur ein geringes Entgelt (für einen I-Tagesfall erhält der Anbieter auch nur eine einzelne Tagespauschale) durch Fehlbelegungen erzielt werden kann. Da davon auszugehen ist, dass aufgrund geringer monetärer Anreize Fehlbelegungen bei einer tagespauschalierten Vergütung nicht exzessiv von den Leistungserbringern praktiziert werden, wäre entsprechend eine geringe Bedeutung der Fehlbelegungsprüfungen durch den MDK zu erwarten.

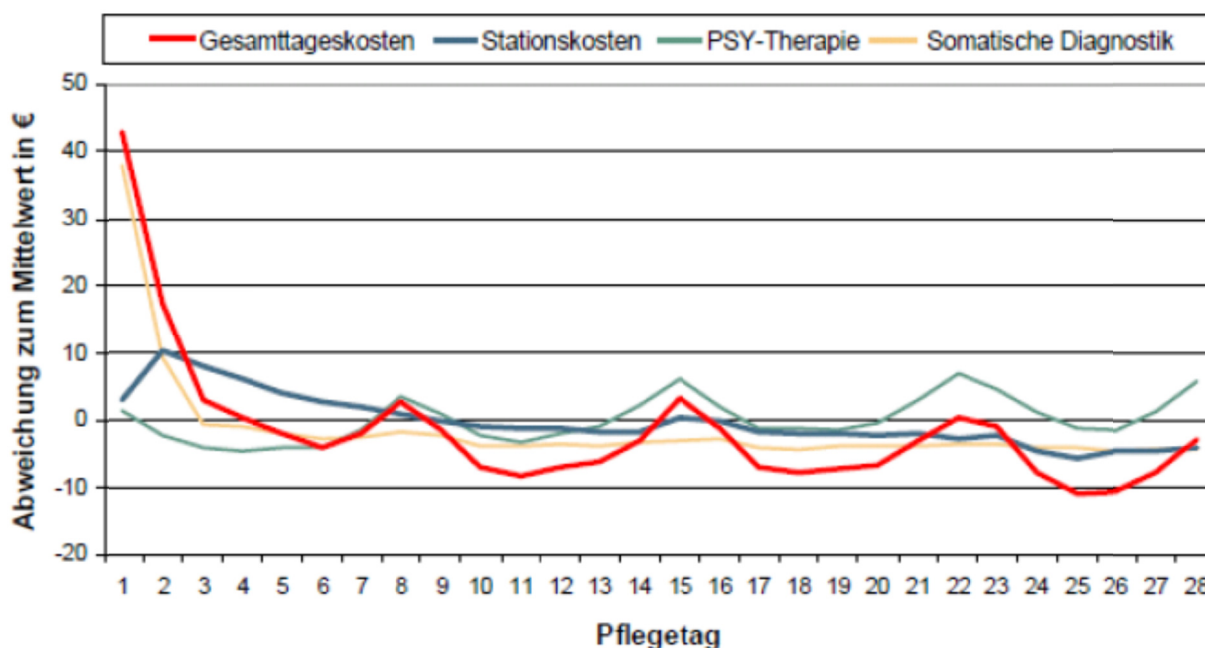


Abb. 8: Tageskosten im Vergleich zu durchschnittlichen Tageskosten  
(Haas (2011), S.9)

<sup>87</sup> Um die Verweildauersplits bzw. Verweildauergrenzen zu bestimmen, sollten Verweildauerquantile für die Fallgruppen berechnet werden. Diese Quantile wären im Hinblick auf ihre kostentrennende Wirkung zu prüfen und entsprechend auszuwählen. Dieses Vorgehen eignet sich jedoch nur bei Fallgruppen, die eine hinreichend große Fallzahl aufweisen. Vgl. Jacobs (2012, S. 17).

<sup>88</sup> Ebd., S. 23 f.

Ferner ist hinsichtlich der grundsätzlichen Eignung von Tagespauschalen zu prüfen, inwieweit der **stationäre Wiederaufnahmebedarf** von chronisch Erkrankten und rückfallgefährdeten Patienten erlössteigernd ausgenutzt werden kann. Da bei der Vergütung über Tagespauschalen grundsätzlich der Anreiz besteht möglichst viele Belegungstage zu realisieren, könnte (im Sinne einer Fallzahlsteigerung) der Krankheitsverlauf von chronisch Kranken zur Erlösmaximierung ausgenutzt werden. Diesbezüglich bestehen jedoch leicht unterschiedliche Anreizwirkungen, je nach Ausgestaltungsform der Tagespauschalen. So geht von fallbezogen kalkulierten Tagespauschalen kein Anreiz zur frühzeitigen Entlassung zwecks späterer Wiederaufnahme aus, da die Tagespauschale ohnehin konstant ist und aufgrund der überproportionalen Kosten bei Neuaufnahme zunächst Unterdeckungen auftreten. Bei tagesbezogenen und wochenbezogenen Tagespauschalen besteht hingegen prinzipiell ein stärker ausgeprägter Anreiz zur Wiederaufnahme, da die Tagespauschale mit zunehmender Verweildauer abnimmt und bei Wiederaufnahme/Beginn einer neuen Behandlungsepisode zunächst ein höherer Betrag pro Tag vergütet wird.

Bezüglich der kostenorientierten Abbildung **der Entscheidungskorridore in Bezug auf die Therapiewahl** ist allen Varianten von Tagespauschalen gemein, dass wie bei Fallpauschalen ein Prozedurbezug herzustellen wäre, um unterschiedliche Therapieaufwände ressourcengerecht abbilden zu können. Es müssten mehrere aufwandstrennende Prozeduren-Codes in die Gruppenbildung einfließen, um die jeweils unterschiedlich hohen Therapiekosten in den Tagespauschalen abzubilden. Dies wäre mit einem Anreiz zur Ausweitung vergütungsrelevanter Einzelleistungen verbunden.<sup>89</sup> Insbesondere bei der tagesbezogenen Kalkulation von Tagespauschalen ist die Berücksichtigung der Therapieansätze allerdings problematisch. Hier ist eine tagesgenaue Kostenzuordnung und Kodierung der Prozeduren-Codes erforderlich, um den jeweils unterschiedlichen therapeutischen Ressourcenaufwand abzubilden. Dies stellt besondere Anforderungen an die Dokumentation, die jedoch im Rahmen einer Probekalkulation bislang eher unzureichend erfüllt wurden.<sup>90</sup> Ferner sind verschiedene OPS-Codes auf Behandlungswochen ausgerichtet<sup>91</sup>, sodass eine tagesbezogene Zuordnung in diesen Fällen aufwendiger ist. Die

---

<sup>89</sup> Vgl. Wöhrmann (2012), S. 14. Dieser Anreiz steht nur bedingt dem generellen Anreiz einer pauschalierten Vergütung zur Reduktion des Ressourcenaufwands je Tag gegenüber, da lediglich vergütungsrelevante Einzelleistungen betroffen sind.

<sup>90</sup> Vgl. Jacobs (2012), S. 8ff.

<sup>91</sup> Vgl. Leber (2011a), S. 19.

tagesbezogene Ausgestaltung der Tagespauschale weist deshalb eine niedrigere Kostenhomogenität als eine wochenbezogene Gestaltung der Tagespauschalen auf.<sup>92</sup>

Hinsichtlich der **Möglichkeiten zur alternativen Diagnosestellung** in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ist anmerken, dass diese teilweise vorhandenen Entscheidungskorridore zum Upcoding genutzt werden können. Ein solches Kodierverhalten würde zu höheren Erlösen führen und somit vermutlich zentraler Gegenstand von MDK-Prüfungen sein. Insbesondere würde wohl eine tagesbezogen kalkulierte Pauschale aufgrund der tagesbezogenen Prozedurenzuordnung zu Konflikten zwischen MDK und Leistungserbringern führen.<sup>93</sup>

#### Exkurs: Fallbezogen kalkulierte Tagespauschale (voraussichtliche Umsetzung)

Die fallbezogen kalkulierte Tagespauschale stellt die voraussichtliche Vergütungsform in der psychiatrischen und psychosomatischen stationären Versorgung dar. Hierauf haben sich der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung sowie die deutsche Krankenhausgesellschaft in einer Ergänzungsvereinbarung am 16.03.2012 vorläufig festgelegt, um den Termin der Systemeinführung Anfang 2013 einzuhalten.<sup>94</sup> Durch die fallbezogene und nicht tagesbezogene Ausgestaltung der Tagespauschale wird eine höhere Robustheit des Systems angestrebt. Hierdurch werden unter anderem kalkulatorische Probleme wie die genaue tagesbezogene Kostenzuordnung reduziert und das Kalkulationsverfahren insgesamt vereinfacht.<sup>95</sup> Allerdings hat die fallbezogen kalkulierte Tagespauschale aufgrund der vorgesehenen zeitlichen Differenzierung über Verweildauerquantile eher den Charakter einer wochenbezogen kalkulierten Tagespauschale und der damit verbundenen Anreize. So kann durch diese Ausgestaltung der degressive Verlauf der Tageskosten abgebildet werden (s. Abbildung 9). Insgesamt können durch fallbezogene Tagespauschalen mit Verweildauersplits die wesentlichen Spezifika der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zumindest theoretisch gut abgebildet werden.

Ferner wird gegenwärtig noch geprüft, inwieweit bestimmte Leistungsbestandteile gegebenenfalls sinnvoll ausgegliedert und über Zusatzentgelte oder Zuschläge vergütet werden können. Dies wäre mit den Zusatzentgelten des DRG-Systems vergleichbar, die eine Abrechnung spezieller Einzelleistungen ermöglichen (z.B. Bluterpräparate, spezielle Implantate). Im DRG-System konnte durch die Kalkulation von Zusatzentgelten eine gewisse Komplexitätsreduktion des Systems, eine Erhöhung der Kostenhomogenität in den DRGs sowie eine Steigerung der Leistungsgerechtigkeit erreicht werden. Auch für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung könnte eine separate Vergütung von kostenintensiven Einzelleistungen (z.B. 1:1-Betreuung) sinnvoll sein. Allerdings wäre dies mit einem Anreiz zur Ausweitung abrechnungsrelevanter Einzelleistungen verbunden.

<sup>92</sup> Vgl. Laufer (2011), S. 35.

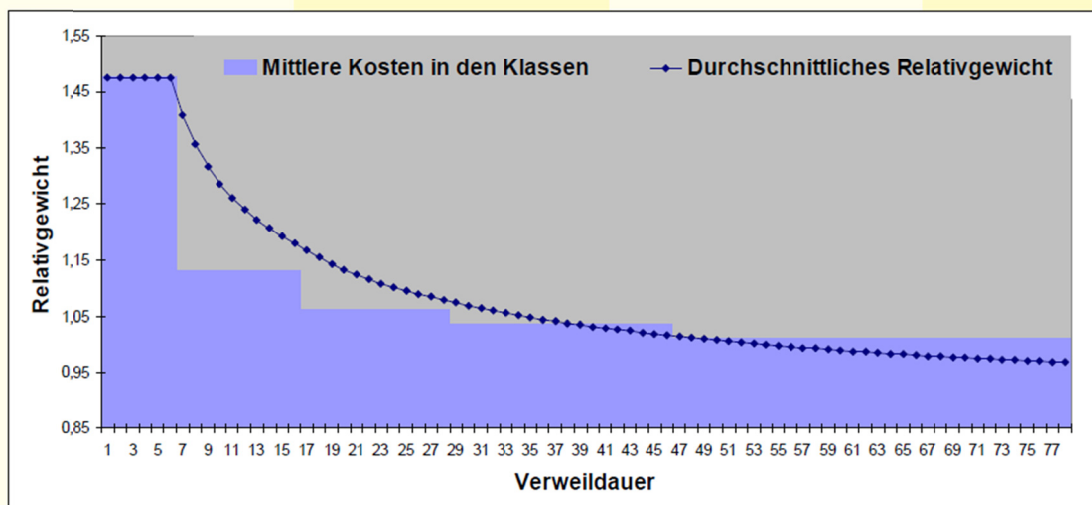
<sup>93</sup> Vgl. Leber (2011a), S. 19.

<sup>94</sup> Vgl. GKV et al. (2012), S.3.

<sup>95</sup> Vgl. Jacobs (2012), S. 11.



## Verteilung der tagesbezogenen Relativgewichte Beispiel



PA03Z: „Psychiatrie; Schizophrenie und andere psychotische Störungen“

Abb. 9: Degressive Entwicklung der Tagespauschale  
(Quelle: Jacobs (2012), S.24)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Tagespauschalen grundsätzlich in der Lage sind, die verweildauerabhängigen Kosten gut abzubilden. Daher scheinen Tagespauschalen bei psychischen Erkrankungen, bei denen eine hohe Variabilität der Verweildauer vorliegt, sinnvoll einsetzbar. Zwischen den verschiedenen Ausgestaltungsformen der Tagespauschale gibt es jedoch, wie aufgezeigt, gewisse Unterschiede. Für die Abbildung von degressiven Kostenverläufen wären tages- und wochenbezogene Tagespauschalen geeignet. Die fallbezogene Tagespauschale deckt diesen Aspekt hingegen nicht ab. Bei Erkrankungen mit stark degressiven Kostenverläufen könnte somit eine degressive Tagespauschale genutzt werden, um die Kosten adäquat abzubilden und Fehlanreize zu vermeiden. Hinsichtlich der potentiellen Integration von Prozeduren-Codes wäre eine tagesbezogene Tagespauschale eher kritisch zu sehen. Daher sollte bei Erkrankungen, bei denen die Therapiewahl mit größeren Kostenunterschieden verbunden ist und daher eine OPS-Differenzierung erforderlich ist, eher eine wochen- oder fallbezogene Tagespauschale eingesetzt werden.

#### 4.2.2 Wochen-, Quartals- und Jahrespauschalen

Im folgenden Abschnitt wird die grundsätzliche Eignung von Zeitpauschalen mit längerfristigem Bezug diskutiert. Diese Vergütungsform kann grundsätzlich als **Wochen-, Quartals- oder Jahrespauschale** ausgestaltet sein.<sup>96</sup> Als wichtige Voraussetzung für den sinnvollen Einsatz von Vergütungsformen mit längerfristigem Bezug wird eine hohe Chronizität der psychischen Erkrankungen bzw. eine erhöhtes Rückfallrisiko der Patienten gesehen.<sup>97</sup> Patienten müssen dauerhaft erkrankt sein, damit von längerfristigen Zeitpauschalen die in Kapitel 2 dargestellten positiven Anreize ausgehen.<sup>98</sup> Hingegen erscheint es wenig sinnvoll, akute Erkrankungen über langfristige Zeitpauschalen (Quartals- oder Jahrespauschalen) abzudecken, die in der Regel keinen wiederholten stationären Aufenthalt erfordern.

Die Zeitpauschalen sind zunächst hinsichtlich des **Krankheitsverlaufs** und den größtenteils **variablen (verweildauerabhängigen) Kosten** zu bewerten. Da die Höhe der Zeitpauschale den durchschnittlichen Kosten einer bestimmten Patientengruppe im Bezugszeitraum (Woche/Quartal/Jahr) entspricht, wird die **Varianz der Verweildauer** nicht direkt abgebildet – auch wenn durch eine Wochenpauschale die Verweildauer zumindest approximativ dargestellt ist.

Bei den Wochen-, Quartals- und Jahrespauschalen stellt sich außerdem die Frage, wie mit dem hohen Anteil von Tagesfällen umgegangen werden soll. Es erscheint wenig sinnvoll für einen einzelnen Belegungstag direkt eine Vergütung von einer/m Woche/Quartal/Jahr abrechnen zu können. Dies könnte umgangen werden, indem diese Fälle separat über eine andere Entgeltform (z.B. über eine Tagespauschale) abgerechnet werden.

Hinsichtlich **des stationären Wiederaufnahmebedarfs** ist festzustellen, dass gerade unter diesem Gesichtspunkt langfristige Zeitpauschalen sinnvoll einsetzbar sind. Durch die Vergütung für einen längerfristigen Bezugszeitraum besteht für die Leistungserbringer der Anreiz, Patienten langfristig orientiert zu behandeln und soweit möglich stationäre Wiederaufnahmen zu vermeiden, da diese nicht erlössteigernd wirken, jedoch mit zusätzlichen Kosten verbunden sind. Bei Wochenpauschalen besteht hingegen aufgrund des kurzfristigeren Bezugszeitraums der Anreiz, möglichst viele stationäre Aufnahmen zu realisieren (sofern diese nicht in die gleiche Woche fallen). Ebenfalls sind Anbieter dazu angehalten, eine möglichst zügige Überleitung in die ambulanten Versorgungsbereiche zu

---

<sup>96</sup> Vgl. Haas (2010), S. 3.

<sup>97</sup> Dies gilt insbesondere für Quartals- und Jahrespauschalen, nur bedingt bei Wochenpauschalen.

<sup>98</sup> Vgl. Leber (2011b), S. 43.

erreichen, um insgesamt die stationären Belegungstage zu reduzieren. Allerdings besteht das Problem, dass chronische Manifestationen einer Erkrankung vermutlich nicht in ausreichendem Umfang auftreten, um dem Grundgedanken von Zeitpauschalen gerecht zu werden. Langfristige Pauschalen für Quartale oder Jahre sind für den Großteil der stationären Leistungen nicht geeignet, da bei den meisten Erkrankungen i.d.R. nur ein stationärer Aufenthalt im Zeitraum auftritt.<sup>99</sup> Betrachtet man sich die 15 häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen, so weisen nur wenige Diagnosen einen hohen Anteil an Patienten auf, die zwei oder mehr stationäre Aufenthalte innerhalb eines Jahres durchlaufen (s. Abbildung 10). Daher scheinen längerfristige Zeitpauschalen nicht als generelle Vergütungsform für psychiatrische Leistungen geeignet zu sein. Möglicherweise wäre jedoch die Abgrenzung und separate Vergütung von nachweislich chronisch Erkrankten ein potentiell sinnvolles Einsatzgebiet von Zeitpauschalen. Allerdings müsste hierfür zunächst eine plausible Abgrenzung von chronischen „unheilbar kranken“ Patienten entwickelt werden.<sup>100</sup> Außerdem ist zu bedenken, dass im Kreis der chronisch Kranken auch vermehrt Hochkostenpatienten auftreten. Da nur einmalig je Bezugszeitraum eine Vergütung erfolgt, trägt der Leistungserbringer das Risiko des stationären Behandlungsbedarfs. Bei überproportionalem stationärem Versorgungsbedarf können diese Patienten zu erheblichen Kosten-Unterdeckungen führen (insb. bei Hochkostenpatienten).<sup>101</sup>

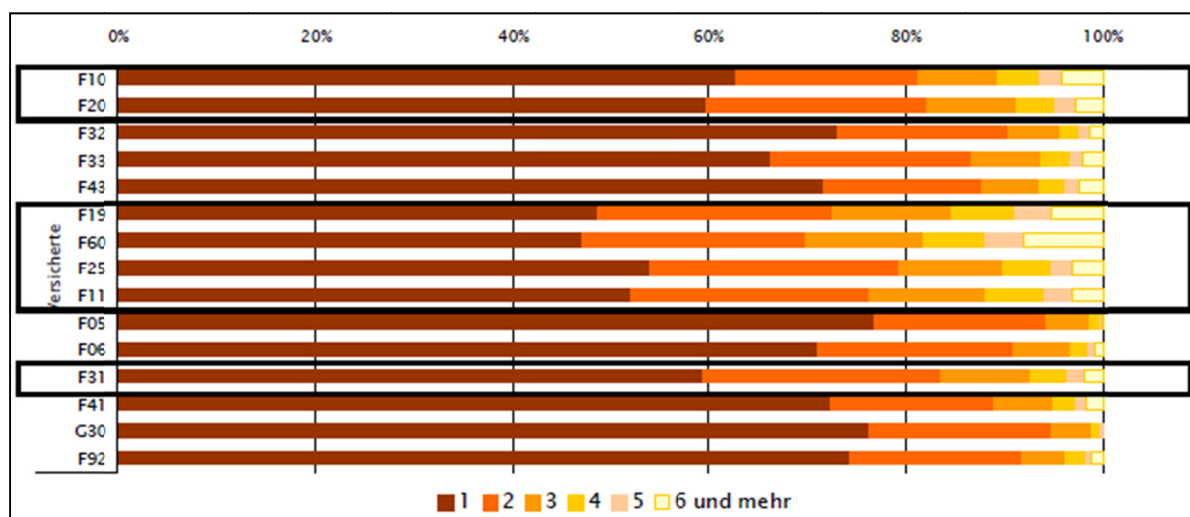


Abb. 10: Stationäre Wiederaufnahmen bei Top-15 Hauptdiagnosen  
(Quelle: Haas (2011), S.16)

<sup>99</sup> Vgl. Haas (2010), S.15.

<sup>100</sup> Vgl. Leber (2011b), S. 43.

<sup>101</sup> Dem geringen Anteil von Hochkostenpatienten stehen viele Patienten gegenüber, bei denen positive Deckungsbeiträge auftreten können.

**Unterschiedliche therapeutische Ansätze** werden bei langfristigen Zeitpauschalen nicht direkt berücksichtigt, da das durchschnittliche Entgelt bereits verschiedene Therapieansätze über die Durchschnittskosten berücksichtigt. Auch wenn für aufwändigere Therapieansätze kein zusätzliches Entgelt gezahlt würde, besteht für den Leistungserbringer dennoch der Anreiz effektive Maßnahmen zu ergreifen, um die Verweildauer zu reduzieren und zukünftige stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Da der Anbieter zwar den Bedarf an stationärer Versorgung reduzieren möchte, um positive Deckungsbeiträge zu erzielen, aber die Therapiekosten gleichzeitig den potentiellen Deckungsbeitrag reduzieren, besteht der Anreiz, Therapieverfahren mit dem langfristig besten Kosten-Effektivitäts-Verhältnis auszuwählen.

Gewisse **Möglichkeiten zur alternativen Diagnosestellung** verschiedener psychischer Symptome können auch bei Zeitpauschalen zur Erlössteigerung genutzt werden. Wird ein erlösorientiertes Handeln unterstellt, können uneindeutige diagnostische Befunde so genutzt werden, dass Patienten in Fallgruppen mit höheren Zeitpauschalen eingestuft werden, damit dem Leistungserbringer eine höhere Vergütung zusteht. Entsprechend könnten unterschiedliche Deutungen diagnostischer Befunde ein gewisses Konfliktpotential bei MDK-Prüfungen bergen.

Abschließend ist hinsichtlich der **degressiven Tageskostenentwicklung** zu bemerken, dass Zeitpauschalen diesen Aspekt nur implizit abbilden. Die Vergütungskalkulation basiert auf den durchschnittlichen stationären Behandlungskosten innerhalb einer Zeitperiode und somit auf einer höheren Aggregationsebene als beim Tagesbezug. Die degressiven Tageskostenverläufe sind somit nur im Durchschnitt abgebildet.<sup>102</sup>

### 4.3 Gesonderte Vergütungsformen (Regionalbudgets)

Als gesonderte Vergütungsform gilt es abschließend die Regionalbudgets näher zu betrachten. Hierbei wird bei den gegenwärtig praktizierten Modellen eine institutsambulante, teilstationäre und stationäre Gesamtvergütung für die Versorgung einer Region vereinbart.<sup>103</sup> Gegenwärtig gibt es sechs Modellregionen, in denen Regionalbudgets eingesetzt werden, die insgesamt ca. eine Million Einwohner umfassen. Es konnte gezeigt werden, dass sich die stationären Belegungstage deutlich in den Modellregionen reduziert haben sowie

<sup>102</sup> Prinzipiell ist jedoch auch eine degressive Ausgestaltung der Zeitpauschale - zumindest bei Wochenpauschalen - denkbar.

<sup>103</sup> Vgl. Deister (2011), S. 86. Wie oben beschrieben, wäre der Schritt zum Einbezug niedergelassener Psychiater in ein Regionalbudget – mit dem dieses „echt“ sektorübergreifend würde – denkbar, ist bislang allerdings offenbar noch nirgendwo realisiert.

Verbesserungen bei der sozialen Integration des Patienten aufgetreten sind.<sup>104</sup> Ebenfalls haben sich durch den Einsatz dieser Vergütungsform die Gesundheitsausgaben stabilisiert.<sup>105</sup> Allerdings ist der Einsatz von Regionalbudgets eher auf den ländlichen Raum beschränkt. Aufgrund der hohen Anzahl an Leistungserbringern, lassen sich sinnvolle Versorgungsregionen in Ballungsgebieten nur schwer abgrenzen.<sup>106</sup>

Regionalbudgets werden auf einer höheren Aggregationsebene verhandelt. Somit sind die **variablen (verweildauerabhängigen) Kosten** und die **Varianz der Verweildauer** nur implizit in der Vergütung abgebildet. Da im Regionalbudget der Leistungserbringer ambulant wie (teil-)stationär den Patienten behandelt, kann die Verweildauer und können damit die größtenteils variablen Kosten deutlich besser durch den Anbieter kontrolliert werden als in einer segregierten Versorgungsstruktur. So bleibt das Unterdeckungsrisiko für den Anbieter besser beherrschbar. Ebenfalls wird das ambulante Potential durch diese Vergütungsform ausgenutzt und stationäre Tagesfälle verstärkt teilstationär oder durch die Institutsambulanzen behandelt. Auch die **degressive Tageskostenentwicklung** ist nur indirekt in der Vergütung abgebildet, da die Budgetkalkulation auf hochaggregierter Ebene erfolgt.

Gerade in Bezug auf den **stationären Wiederaufnahmebedarf** von psychisch Erkrankten sind positive Effekte des Regionalbudgets zu erwarten. Da es für den Leistungserbringer vorteilhaft ist, einen stabilen Zustand seiner Patienten zu erreichen und somit deren stationären Behandlungsbedarf zu reduzieren, besteht für den Anbieter ein großes Interesse am Fallmanagement seiner Patienten. Aus eigenem (finanziellen) Interesse heraus wird der Anbieter den Patienten durch eine organisierte Planung, Umsetzung, Koordination und Evaluation der verschiedenen Behandlungsphasen unterstützen. So können institutsambulante und teilstationäre Behandlungskonzepte umgesetzt und der nahtlose Übergang zwischen den Behandlungssektoren gewährleistet werden.<sup>107</sup> Erste empirische Auswertungen aktueller Modellprojekte haben gezeigt, dass sich der Anreiz zur stationären Versorgung deutlich reduziert, während ambulante Angebote zunehmend intensiver genutzt werden (siehe Tabelle 5).

---

<sup>104</sup> Ebd.

<sup>105</sup> Vgl. Deister et al. (2011), S. 68.

<sup>106</sup> Vgl. Wöhrmann (2012), S. 12.

<sup>107</sup> Vgl. Deister (2011), S. 87.

Patienten pro Behandlungsart in %	2002 (vor Einführung RB)	2007 (5. Jahr nach Einführung RB)	Differenz
ambulant	14,1 %	22,8 %	+ 8,7 %
ambulant + stationär	9,5 %	7,8 %	- 1,7 %
ambulant + teilstationär	1,6 %	2,8 %	+ 1,2 %
ambulant + teilstationär + stationär	2,7 %	5,2 %	+ 2,5 %
stationär	69,8 %	53,9 %	- 15,9 %
teilstationär	0,8 %	1,8 %	+ 1,0 %
teilstationär + stationär	1,5 %	5,7 %	+ 4,2 %

Tab. 5: Ergebnisse Modellprojekt Regionalbudget  
(Quelle: Leber (2011a), S. 24)

**Unterschiedliche therapeutische Ansätze** werden bei Regionalbudgets nicht direkt berücksichtigt, weil bei der Vergütungskalkulation die durchschnittlichen Therapiekosten zugrunde gelegt sind. Auch wenn für aufwändigere Therapieansätze kein zusätzliches Entgelt gezahlt wird, besteht für den Leistungserbringer dennoch der Anreiz, effektive Maßnahmen zu ergreifen, um die Verweildauer zu reduzieren und zukünftige stationäre Aufenthalte zu vermeiden. So werden vom Anbieter im eigenen Interesse die Therapieansätze mit dem größten Kosten-Effektivitäts-Verhältnis ausgewählt.

Im Hinblick auf die **Möglichkeiten zur alternativen Diagnosestellung** bei verschiedenen psychischen Erkrankungen ist festzustellen, dass Regionalbudgets zunächst keine Anreize zum Upcoding setzen. Da einem Leistungserbringer ein Budget für die gesamte Versorgung psychischer Erkrankungen zugewiesen wird, kann die Vergütung nicht durch die Diagnosestellungen beeinflusst werden. Aus Kassensicht besteht daher ein geringes Missbrauchspotential.<sup>108</sup> Mittelfristig werden jedoch Budgetanpassungen erforderlich (z.B. aufgrund der steigenden Prävalenz psychischer Erkrankungen). Diese Budgetverhandlungen werden sich letztendlich auch an den Leistungskennzahlen orientieren müssen, sodass dann wieder die Kodierung unterschiedlicher Erkrankungen erlössteigernd wirken kann.<sup>109</sup>

#### 4.4 Zusammenfassende Bewertung

Nachdem die verschiedenen Vergütungsformen im Hinblick auf ihre grundsätzliche Eignung zur Abbildung der Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung diskutiert worden sind, soll abschließend eine kurze zusammenfassende

<sup>108</sup> Vgl. Deister et al. (2011), S. 69.

<sup>109</sup> Vgl. Haas (2011), S. 29; Leber (2011a), S. 24 f.

Bewertung erfolgen. Dafür sind die zentralen Erkenntnisse noch einmal in Tabelle 6 zusammengefasst.

Abrechnungseinheit	Varianz Verweildauer	Stationärer Wiederaufnahmebedarf / Chronizität	Entscheidungskorridor Therapiewahl	Möglichkeiten zur alternativen Diagnosestellung	Hoher Anteil tagesbezogener Kosten	Degressive Tageskostenentwicklung
Fallpauschalen	-	-	(+)	-	-	0
<b>Zeitpauschalen</b>						
fallbezogene Tagespauschale	+	0	(+)	-	+	-
tagesbezogene Tagespauschale	+	0	0	-	+	+
wochenbezogene Tagespauschale	+	0	+	-	+	+
langfr. Zeitpauschale	-	+	+	-	0	0
<b>Gesonderte Vergütungsformen</b>						
Regionalbudgets	-	+	+	+	(+)	0
+ : gute Abbildung; 0: durchschnittliche Abbildung; - : schlechte Abbildung der Charakteristika der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung						

Tab. 6: Abbildung der Spezifika der psychiatrischen stationären Versorgung durch die verschiedenen Vergütungsformen (Quelle: Eigene Darstellung)

Hinsichtlich der Berücksichtigung der Varianz der Verweildauer und der präzisen Abbildung der variablen Kosten erscheinen Tagespauschalen am besten geeignet. Als einzige Entgeltform sind sie in der Lage die individuelle Verweildauer des Patienten tagesgenau in der Vergütung abzubilden. Aufgrund des degressiven Tageskostenverlaufes bieten sich insbesondere degressiv verlaufende Tagespauschalen an. Für den Bereich der chronisch Kranken bzw. Patienten mit hohem Rückfallrisiko erscheinen zunächst langfristige Zeitpauschalen und Regionalbudgets sinnvoll, da sie den Leistungserbringer zum Einsatz langfristiger orientierter Therapiekonzepte motivieren. Hierdurch wird die Zahl der stationären Aufenthalte reduziert und die Versorgung zunehmend in den ambulanten Bereich verlagert. Fall- und Tagespauschalen sind jeweils mit dem Anreiz zur Steigerung der stationären Aufenthalte verbunden und daher hinsichtlich des stationären Wiederaufnahmebedarfs weniger geeignet. Allerdings stellt sich dieser Aspekt bei Fallpauschalen deutlich problematischer als bei Tagespauschalen dar, da bei dieser Entgeltform der monetäre Anreiz zur Wiederaufnahme deutlich stärker ausgeprägt ist. Hinsichtlich der Therapiewahl ist festzustellen, dass Prozeduren bei Fall- und Tagespauschalen bei der Vergütungskalkulation berücksichtigt werden müssten, da für den Anbieter sonst kein Anreiz besteht effektive Therapieverfahren auszuwählen, sondern aus anreiztheoretischen Überlegungen lediglich eine möglichst kostengünstige Behandlung

angestrebt werden würde. Zwar wird hierdurch ein Anreiz zur Einzelleistungsausweitung gesetzt<sup>110</sup>, aber auch die Gefahr von Unterversorgung reduziert. Problematisch stellt sich die Prozedurenzuordnung bei tagesbezogenen Tagespauschalen dar, weil Therapieeinheiten in der OPS-Systematik einen Wochenbezug aufweisen. Entsprechend können wochenbezogene Tagespauschalen diesen Aspekt besser abbilden. Bei den langfristigen Zeitpauschalen und den Regionalbudgets erscheint hingegen die Berücksichtigung von Prozeduren bei der Entgeltkalkulation nicht erforderlich, da für die Anbieter ohnehin der (finanzielle) Anreiz besteht (kosten-)effektive Therapieverfahren einzusetzen. Hinsichtlich der Möglichkeiten zur alternativen Diagnosestellung ist festzustellen, dass ein Upcoding-Anreiz bei fast allen Vergütungsformen existiert. Diese Problematik besteht nur bei Regionalbudgets zunächst nicht, da die Einrichtung unabhängig von der konkreten Leistungserbringung das Budget erhält. Da jedoch die Verhandlung des Budgets auf Basis des tatsächlichen Leistungsgeschehens geführt wird, wäre mittelfristig auch hier ein Anreiz zum Upcoding gegeben.

---

<sup>110</sup> Diesem Anreiz steht jedoch die systemimmanente Anreizwirkungen entgegen, aufgrund der pauschalierten Vergütung die Leistungsmenge je Fall/Tag zu reduzieren.



## 5 Zusammenfassende Darstellung und Schlussfolgerungen

Die vorliegende Untersuchung hatte zum Ziel zu überprüfen, inwieweit alternative Abrechnungseinheiten zur Tagespauschale geeignet sind, um bestimmte Leistungsbereiche in der Versorgung psychisch Kranker zu vergüten. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden die im Wesentlichen diskutierten Abrechnungseinheiten wie Fallpauschalen, Tagespauschalen, Zeitpauschalen abweichend vom Tagesbezug (Wochen-, Quartals-, Jahrespauschale) und Regionalbudgets analysiert.

Betrachtet man die Anreizwirkungen der verschiedenen Abrechnungseinheiten, so hat sich gezeigt, dass jegliche Form der Pauschalierung im Vergleich zum derzeitigen Vergütungssystem anhand von tagesgleichen Pflegesätzen, die aus einrichtungsindividuellen Kosten abgeleitet werden, aus mikroökonomischen anreiztheoretischen Überlegungen zu Effizienzgewinnen führen müsste. Außerdem sind für alle untersuchten Abrechnungseinheiten jeweils weitere Vor- und Nachteile herausgearbeitet worden, die im Hinblick auf die Besonderheiten psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen kritisch hinterfragt wurden.

Dabei zeigte sich, dass Fallpauschalen grundsätzlich ein geeignetes Vergütungsinstrument darstellen, um Anreize zur Reduzierung unnötiger Leistungen und zur Verweildauerreduzierung zu setzen - bei (aus mikroökonomischer Perspektive) gleichbleibender Qualität. Die Übertragung auf den psychiatrischen und psychosomatischen Leistungsbereich hat jedoch gezeigt, dass den grundsätzlich zu befürwortenden Anreizwirkungen der Fallpauschalen wesentliche Einschränkungen gegenüberstehen, die ihre grundsätzliche Eignung als Abrechnungseinheit in Frage stellen. Auch die Eignung für einzelne Leistungsbereiche kann durchaus kritisch gesehen werden, da Fallpauschalen die Varianz der Verweildauer und damit die verweildauerabhängigen Kosten der Erkrankungen nicht ausreichend präzise abbilden können. Darüber hinaus lassen sich die Besonderheiten von chronischen Erkrankungen und die erhöhten Rückfallrisiken, die im psychiatrischen Leistungsgeschehen häufig auftreten, nicht mit dem Anreiz zur Fallzahlsteigerung vereinbaren. Zudem ist zur adäquaten Berücksichtigung unterschiedlicher Therapieansätze und -kosten bei gleicher Diagnose eine Implementierung von Prozedurencodes notwendig, auch um dem systemimmanenten Anreiz der übermäßigen Reduktion von Ressourcenaufwendungen entgegenzuwirken. Die gegenwärtig verwendeten OPS-Codes bilden den Therapiebedarf psychisch Kranker jedoch nur unzureichend ab. Außerdem besteht aufgrund von gewissen Möglichkeiten zur alternativen Diagnosestellung die Gefahr des Upcoding. All dies führt letztlich zu einem

unverhältnismäßig hohen administrativen Aufwand für den Leistungserbringer sowie einem erhöhten Bedarf an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch die Kostenträger. Ferner besteht ein Anreiz zur Mengenausweitung, der zusammen mit der Verweildauerverkürzung und der Senkung des Ressourcenaufwands die Gefahr der Unter-/Fehlversorgung mit sich bringt. Somit erscheinen Fallpauschalen für die Leistungsbereiche psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen weitgehend ungeeignet. Dieses Erkenntnis wird auch durch internationale Erfahrungen unterstützt. Ein in den achtziger Jahren in den USA eingeführtes Fallpauschalensystem für die Psychiatrie wurde nach kurzer Zeit wieder abgeschafft, da es zu unerwünschten Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung geführt hatte.<sup>111</sup> Darüber hinaus gab es international eine Vielzahl weiterer Erprobungsphasen zur Anwendbarkeit von Fallpauschalen in der Psychiatrie, die allesamt nicht zu zufriedenstellenden Ergebnissen bzw. nicht zur letztlichen Implementierung eines Fallpauschalensystems für stationäre psychiatrische und psychosomatische Leistungen geführt haben.<sup>112</sup>

Auch Zeitpauschalen (über den Tagesbezug hinaus) könnten aus anreiztheoretischer Perspektive durchaus interessante Anreizveränderungen im System implementieren, die zu Effizienzsteigerungen – im Sinne einer Reduktion des Ressourcenaufwands und zu Verweildauersenkungen – führen könnten, ohne dass Anreize zur Reduktion der Versorgungsqualität im System etabliert werden. Mit steigendem Bezugszeitraum ist anreiztheoretisch sogar eine Erhöhung der Versorgungsqualität begründbar und es könnte zu einer verstärkten Orientierung der Behandlung an den Patientenbedürfnissen kommen. Allerdings ist auch hier die Eignung dieser Abrechnungseinheiten für die Vergütung der psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen als schwierig einzustufen. So werden die verschiedenen Besonderheiten psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen (Varianz der Verweildauer etc.) bei Zeitpauschalen nur indirekt abgebildet und könnten somit zu unerwünschten Veränderungen in der Versorgungslandschaft führen. So besteht beispielsweise die Gefahr der vermehrten Patientenselektion, da insbesondere Kurzlieger und Patienten, die geringe Ressourcenaufwände erfordern, zu positiven Deckungsbeiträgen bei längerfristigen Zeitpauschalen (Quartals- und Jahrespauschalen) führen. Dies birgt insbesondere die Gefahr, dass gerade besonders versorgungsbedürftige, aber auch ressourcenaufwändige, Patienten von Anreizen zur Unter-/Fehlversorgung betroffen wären. Grundsätzlich eignen sich längerfristige Zeitpauschalen ohnehin nur für Patientengruppen, bei denen mit relativ guter Planungssicherheit mehrere stationäre Behandlungsepisoden

---

<sup>111</sup> Vgl. Roeder et al. (2010), S. 2.

<sup>112</sup> Vgl. Burgmer/Freyberger (2002), S. 242.

innerhalb des Bezugszeitraums vorhersehbar sind. Diesen Kreis der „unheilbar“ chronisch Kranken gilt es daher zunächst zu definieren - was an sich schon keine leichte Aufgabe sein wird -, und es gilt, entsprechende Ausgleichsmechanismen für Hochkostenpatienten (z.B. in Form von Zusatzentgelten) sowie Bereinigungsregelungen für Leistungssubstitutionen in den ambulanten Versorgungsbereich zu schaffen. Denn mit zunehmendem Bezugszeitraum steigt auch der Anreiz zur frühzeitigen Verlagerung des Behandlungsgeschehens in den ambulanten Versorgungsbereich, um positive Deckungsbeiträge zu maximieren.

Regionalbudgets erscheinen grundsätzlich höchst interessant für den Einsatz in der Versorgungslandschaft, da sie wesentlich an der ursprünglichen Zielsetzung des neuen Vergütungssystems, nämlich der Substitution stationärer durch ambulanter Leistungen sowie der stärkeren Patientenorientierung der Versorgung, ansetzen. Hinzu kommen Anreize zur Reduktion des Ressourcenaufwands je Fall sowie zur Verweildauerreduktion, bei dem gleichzeitigen systemimmanenten Anreiz eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten. Die Nutzung der Schnittstellen zwischen ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Therapie erscheinen insbesondere für psychiatrische und psychosomatische Leistungen geeignet, da die schwer prognostizierbaren Krankheits- und Therapieverläufe einen ständigen Wechsel zwischen verschiedenen Versorgungssettings erforderlich machen. Erste empirische Erfahrungen der vorhandenen Modellprojekte spiegeln in verschiedener Weise diese positiven Veränderungen in der Anreizstruktur durchaus wider, auch wenn es bislang nicht zu den erwünschten Verbesserungen in der Versorgungsqualität gekommen ist<sup>113</sup> – sofern dies mit den derzeit vorhandenen Qualitätsindikatorensets überhaupt mess- und bewertbar ist.

Die wesentlichen Einschränkungen zum Einsatz von Regionalbudgets liegen zum einen darin, dass Regionalbudgets nicht flächendeckend einsetzbar sind, da die Umsetzung insbesondere in Ballungsgebieten problematisch erscheint. In diesem Zusammenhang wäre ebenfalls die Versorgungsgerechtigkeit zu thematisieren. Dies gilt auch für die Berücksichtigung überregionaler Versorgungsangebote (z.B. Spezial- oder Unikliniken), die nicht aus dem Leistungsangebot für die Patienten entfernt werden dürfen, nur weil eine abweichende Vergütungssystematik angewandt wird. Somit kommen zu den Einschränkungen auch die komplexe Thematik der Bereinigung Vergütung im Hinblick auf überregionale Versorger sowie die Bereinigung der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung (sofern diese nicht in die Regionalbudgets integriert wird) hinzu. Ebenso generiert der Einsatz von Regionalbudgets keine Anreize zur Verbesserung der Leistungstransparenz im

---

<sup>113</sup> Vgl. Deister (2011), S. 88.

Versorgungsgeschehen. Darüber hinaus wird im Rahmen von Regionalbudgets das Morbiditäts- und somit das Kostenrisiko auf den Leistungserbringer verlagert, was entsprechende Ausgleichsregelungen für Morbiditätsanstiege sowie der Berücksichtigung von Hochkostenpatienten erfordert. Diese Aspekte erschweren über die ohnehin schon signifikante Informationsasymmetrie zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern hinaus die Verhandlungen zur Festsetzung des Regionalbudgets.

Alternative Abrechnungseinheiten zur Tagespauschale sind folglich nur bedingt geeignet das psychiatrische und psychosomatische Leistungsgeschehen adäquat abzubilden. Insbesondere kann keine der untersuchten Abrechnungseinheiten als grundlegender Bezugsrahmen für ein Vergütungssystem empfohlen werden, so dass die Tagespauschale, wie auch im Gesetzesauftrag festgelegt, das Mittel der Wahl eines pauschalierenden Entgeltsystems in der stationären Psychiatrie darzustellen scheint.

Insgesamt kann aufgrund des Untersuchungsgangs dieser Arbeit festgestellt werden, dass Tagespauschalen der derzeitigen Vergütung auf Basis tagesgleicher Pflegesätze überlegen sind. Diese Wertung lässt sich dadurch stützen, dass im Vergleich stärkere Anreize zur Reduktion des Ressourcenaufwands bestehen ohne, dass aus anreiztheoretischer Perspektive eine Verschlechterung der Versorgungsqualität zu erwarten ist und so die Effizienz der Versorgung zunehmen sollte. Der Tagesbezug ermöglicht zudem weiterhin die adäquate Abbildung der hohen Verweildauervarianz psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen sowie den daraus resultierenden heterogenen Fallkosten. Ferner ist die zu erwartende Steigerung der Leistungstransparenz vorteilhaft. Insbesondere im Vergleich mit einer fallpauschalenbasierten Vergütung hat die Untersuchung gezeigt, dass Tagespauschalen für die Abbildung des stationären psychiatrischen und psychosomatischen Leistungsgeschehens besser geeignet sind.

Hinsichtlich der alternativen Abrechnungseinheiten (langfristige Zeitpauschalen und Regionalbudgets) kann festgestellt werden, dass sie in ihrer Anwendung zunächst stark eingeschränkt sind. Langfristige Zeitpauschalen erscheinen vor allem für chronische Erkrankungen anwendbar zu sein. Hier stellt sich das zentrale Anwendungsproblem in der Abgrenzung chronisch Kranker. Prinzipiell eröffnen beide Abrechnungseinheiten jedoch auch interessante Anreizwirkungen. So führt ein Regionalbudget aufgrund der Integration institutsambulanter Leistungen dazu, das ambulante Potential auszuschöpfen und die Zahl der Behandlungsepisoden je Patient zu minimieren. Um diese Ziele zu erreichen, muss die Behandlung zusätzlich in einem hohen Maße an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet sein. Die grundsätzliche Eignung der langfristigen Zeitpauschalen für chronisch Kranke setzt

den Anreiz, den Patienten möglichst effektiv und effizient zu behandeln, um stationäre Episoden zu vermeiden. Hierfür kann der Leistungserbringer auch eine langfristig orientierte Behandlung vornehmen und die Flexibilität im Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen ausnutzen.

Ein nächster wichtiger Schritt in der Entwicklung des Psychiatrie-Entgeltsystems muss es daher sein, potentielle Einsatzgebiete für die dargestellten Abrechnungseinheiten auf Basis von empirischen Datenanalysen zu identifizieren und deren Umsetzungsmöglichkeiten zu konkretisieren. Eine generelle Eignung dieser diskutierten alternativen Entgeltformen erscheint trotz verschiedener positiver Anreizwirkungen durchaus kritisch. Aus anreiztheoretischen Überlegungen und unter Berücksichtigung der Besonderheiten psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen kann jedenfalls keine Abrechnungseinheit abweichend zur Tagespauschale zur generellen Umsetzung empfohlen werden. Für begrenzte Leistungsbereiche wäre der Einsatz alternativer Abrechnungseinheiten denkbar, erfordert aber eine kritische Auseinandersetzung mit den in dieser Untersuchung dargestellten Problemfeldern.

## Glossar

**Administrativer Aufwand:** Ausmaß der erforderlichen Dokumentation für Vergütung und Leistungskoordination

**Effizienz:** optimales Verhältnis von Output und Input (gemäß Minimal- und Maximalprinzip)

**Fall:** abrechenbarer<sup>114</sup> stationärer Aufenthalt von der Aufnahme bis zur Entlassung

**Kumulierte Verweildauer:** Anzahl der stationären Behandlungstage innerhalb eines Jahres

**Ressourcenaufwand je Fall/Zeiteinheit:** monetärer Wert der Einzelleistungen, die je Fall/Zeiteinheit erbracht werden

**Transparenz:** Ausmaß, in dem detaillierte Informationen zum Leistungsgeschehen vorliegen

**Qualität:** Abwesenheit von Über-, Unter- und Fehlversorgung

### Vergütungsformen:

Vorabbemerkungen:

- Die Bezeichnung „durchschnittlich“ bezieht sich auf die Summe der Kalkulationshäuser und nicht auf den einrichtungsspezifischen Durchschnitt.
- Es sind weitere Differenzierungen der verschiedenen unten dargestellten Entgeltformen möglich (z.B. Fallpauschale zusätzlich nach Verweildauer, OPS, etc. differenziert). Die Berücksichtigung dieser Differenzierungsmerkmale ändert jedoch nicht die grundsätzliche Berechnung der Entgelthöhe, sondern primär die Fallgruppendefinition (höhere Anzahl Fallgruppen bei größerem Differenzierungsgrad).

### **Fallpauschale:**

Für jeden Fall erhält der Leistungserbringer eine Vergütung, die an den durchschnittlichen Fallkosten der jeweiligen Fallgruppe orientiert ist (wie im DRG-System).

$$Fallpauschale_{Fallgruppe\ x} = \frac{Gesamtkosten_{Fallgruppe\ x}}{Anzahl\ Fälle_{Fallgruppe\ x}}$$

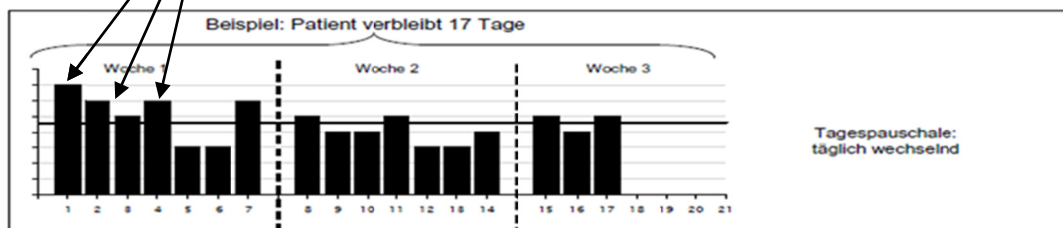
---

<sup>114</sup> Die Bedingung der Abrechenbarkeit ist bei Regionalbudgets nur implizit von Bedeutung.

### Tagesbezogene Tagespauschale:

Es werden für jeden Belegungstag die durchschnittlichen Tageskosten des jeweiligen Behandlungstages je Fallgruppe vergütet. Somit hat jeder Tag ein anderes Relativgewicht. Da die Tageskosten zu Behandlungsanfang höher und am Behandlungsende niedriger sind, sinken die Relativgewichte tendenziell mit der Verweildauer. Daher entwickelt sich die tagesbezogene Tagespauschale degressiv.

Jeden Tag eine andere Tagespauschale



*tagesbezogene Tagespauschale*<sub>Fallgruppe X;Tag Y</sub>

$$= \frac{\text{Gesamttageskosten}_{\text{Fallgruppe X;Tag Y}}}{\text{Anzahl Fälle}_{\text{Fallgruppe X;Tag Y}}}$$

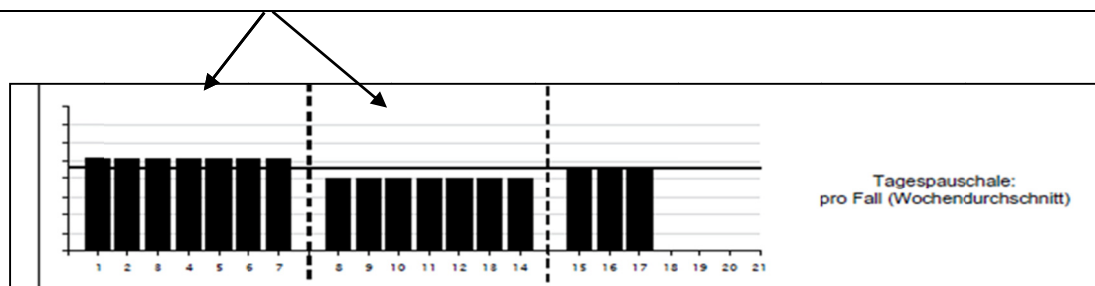
### Wochenbezogene Tagespauschale:

Bei der wochenbezogenen Tagespauschale werden für jeden Belegungstag die durchschnittlichen Tageskosten innerhalb der jeweiligen Behandlungswoche der Fallgruppe vergütet. Somit bleibt die Höhe der Tagespauschale innerhalb einer Behandlungswoche konstant. Da eine wöchentliche Anpassung der Tagespauschale erfolgt, kann die wochenbezogene Tagespauschale den degressiven Verlauf der Tageskosten prinzipiell widerspiegeln.

*wochenbezogene Tagespauschale*<sub>Fallgruppe X;Woche Y</sub>

$$= \frac{\text{Gesamtwochenkosten}_{\text{Fallgruppe X;Woche Y}}}{\text{Anzahl Belegungstage}_{\text{Fallgruppe X;Woche Y}}}$$

Jede Woche ändert sich die Höhe der Tagespauschale –  
innerhalb der Woche ist Sie konstant

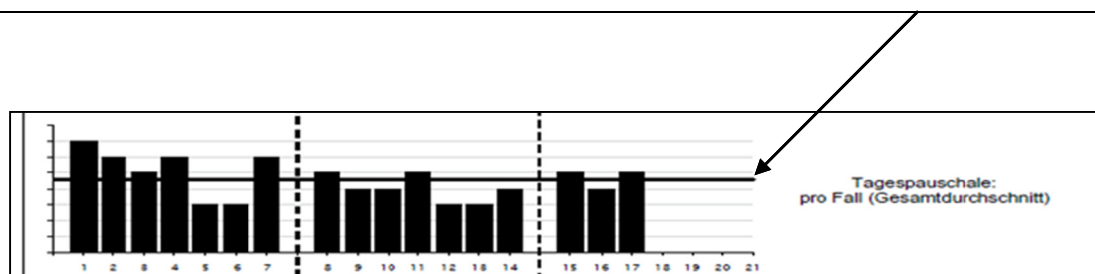


### Fallbezogene Tagespauschale:

Bei der fallbezogenen Tagespauschale werden für jeden Belegungstag die durchschnittlichen Tageskosten (des gesamten stationären Aufenthalts) einer Fallgruppe vergütet. Somit bleibt die fallbezogene Tagespauschale über die gesamte Verweildauer konstant.

$$\begin{aligned} & \text{fallbezogene Tagespauschale}_{\text{Fallgruppe } X} \\ &= \frac{\text{Gesamtkosten}_{\text{Fallgruppe } X}}{\text{Summe Belegungstage}_{\text{Fallgruppe } X}} \end{aligned}$$

Die fallbezogene Tagespauschale ist über den gesamten Behandlungszeitraum konstant.



### Fallbezogene Tagespauschale mit Staffelung nach Verweildauer:

Es handelt sich um eine fallbezogen kalkulierte Tagespauschale, bei der eine Differenzierung nach der Verweildauer erfolgt. Somit ist die Tagespauschale nicht über den kompletten Fall, sondern nur über einen definierten Zeitraum konstant. Durch die Staffelung nach Verweildauer ähnelt diese Ausgestaltungsform der wochenbezogenen Tagespauschale.



*fallbezogene Tagespauschale*<sub>Fallgruppe X, Verweildauerzeitraum Y</sub>

$$= \frac{\text{Gesamtkosten}_{\text{Fallgruppe X, Verweildauerzeitraum Y}}}{\text{Summe Belegungstage}_{\text{Fallgruppe X, Verweildauerzeitraum Y}}}$$

Beispiel: Für die ersten sechs Behandlungstage gibt es jeweils 1,475 Relativgewichtspunkte. Ab dem 7ten bis zum 16 gibt es jeweils 1,0049 Relativgewichtspunkte etc.

<b>PSY-Entgeltkatalog Teil a) Bewertungsrelationen</b>											
Klasse	Bezeichnung	Bewertungsrelation									
1	2	3									
[...]											
PA03Z	Psychiatrie; Schizophrenie und andere psychotische Störungen	VWD<7	1,4750	6<VW <17	1,0049	16<VWD<29	0,9426	28<VWD<47	0,9204	VWD>46	0,8981
PA04Z	Psychiatrie; Affektive Störungen	VWD<12	1,3362	11<VWD<49	0,9462	VWD>48	0,8854				
[...]											
PA16A	Psychiatrie; Delir, Demenz mit schweren somatischen Neben- diagnosen	VW>0	1,8652								
PA16B	Psychiatrie; Delir, Demenz ohne schwere somatische Neben- diagnosen	VWD>0	1,5641								

### Wochen-/Quartals-/Jahrespauschalen:

Es werden die durchschnittlichen stationären Behandlungskosten einer Fallgruppe innerhalb einer/eines Woche/Quartals/Jahres mit der ersten stationären Aufnahme im jeweiligen Zeitraum vergütet.

*Wochen –/Quartals –/Jahrespauschale*<sub>Fallgruppe X</sub>

$$= \frac{\text{Gesamtkosten pro Woche/Quartal/Jahr}_{\text{Fallgruppe X}}}{\text{Anzahl Patienten}_{\text{Fallgruppe X}}}$$

**Regionalbudget:**

Die Gesundheitskosten einer Region für die stationäre, teilstationäre und institutsambulante Versorgung für ein definiertes psychiatrisches Leistungsspektrum werden als Budget vereinbart. Der Vergütungsanspruch besteht unabhängig von Menge und Art (ambulant, teilstationär, stationär) der erbrachten Leistungen.<sup>115</sup>

---

<sup>115</sup> Fallzahlvorgaben sind dabei prinzipiell eine Möglichkeit, um eine Kopplung des Regionalbudgets an die Leistungsmenge (der Vorjahre) zu erzielen.

## Literaturverzeichnis

- Amelung, V. E.: Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, Gabeler, Wiesbaden, 4. Auflage, 2007.
- Andreas, S./Dirmaier, J./Koch, U./Schulz, H.: DRG-Systeme in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen: Zur Konzeption eines Klassifikationssystems für Fallgruppen, in: Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, Nr. 71, 2003, S. 234-242.
- Arolt, V./Reimer, C./Dilling, H.: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie, 7. Auflage, Springer-Verlag, Berlin, 2011.
- Becker, T.; Hoffmann, H.; Puschner, B.; Weinmann, S.: Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2008.
- Beine, K. H.: Mitteilungen des Arbeitskreises der Chegärzte und chafärztinnen von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA), in: Psychiatrische Praxis, Nr. 37, S. 260-263.
- Braun, B./Müller, R.: Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung - Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung, GEK – Gemünder Ersatzkasse (Hrsg.): Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band XXVI, Schwäbisch Gemünd, 2003.
- Brobeil, T.: Praktische Erfahrungen eines Kalkulationshauses, in: Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hrsg.): Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG, Psychiatrie Verlag, Bonn, 2011, S. 104-112.
- Bundesministerium für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz), 2012, online verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Psych-Entgeltgesetz/PsychEntgeltG\\_120118.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Psych-Entgeltgesetz/PsychEntgeltG_120118.pdf) (Zugriff am 18.04.2012).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Essstörungen - Leitfaden für Eltern, Angehörige und Lehrkräfte, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Köln, 2011.
- Burger, D.: Anpassungsstörungen – Diagnostische Reliabilität, klinische Charakteristika und gegenwärtige Versorgungsbedingungen, Promotion, Universität Mannheim, 2011.

- Burgmer, M./Freyberger, H. J.: DRGs in der Psychiatrie und Psychotherapeutischen Medizin – Zur Bedeutung eines pauschalierten Vergütungssystems, in: Psychiatrische Praxis, Vol. 29, 2002, S. 240-244.
- Chassin, M.R.; Galvin, R.W.: The urgent need to improve health care quality. Journal of the American Medical Association, Vol. 280, 1998, S. 1000-1005.
- Deister, A.: Vom Fall zum Menschen - Erfahrungen aus einem Regionalen Psychiatrie-Budget, in: Gesundheitswesen, H. 73, Nr. 2, 2011, S. 85–88.
- Deister, A./Zeichner, D./Witt, T./Forster, H.-J.: Veränderungen der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Budget – Ergebnisse eines Modellprojektes in Schleswig-Holstein, in: Psychiatrische Praxis, Nr. 37, 2010, S. 335-342.
- Deister, A./Heinze, M./Kieser, C./Wilms, B.: Zukunftsfähiges Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychotherapie, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, H. 3, 2011, S. 64-69.
- Frick, U./Rehm, J./Krischker, S./Cording, C.: Length of stay in a German psychiatric hospital as a function of patient and organizational characteristics - a multilevel analysis, in: The International Journal of Methods in Psychiatric Research, No. 8, 1999, pp. 146-161.
- Friedl, G./Ott, R.: Anreizkompatible Gestaltung von Entgeltsystemen für Krankenhäuser, Ludwig-Maximilians-Universität München, Bayerisches Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung, 2001.
- Fritze, J./Saß, H./Schmauß, M.: Befragung der Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Frage von Über-, Unter- und Fehlversorgung: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Pulheim, Aachen, Augsburg, 2001.
- Fritze, J./Zielasek, J./Gaebel, W.: Transparenz des Versorgungsgeschehens psychisch kranker Menschen, in: Aktion Psychisch Kranke e.V. et al. (Hrsg.): Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG, Psychiatrie Verlag, Bonn, 2011, S. 40-60.
- Fritze, J.: Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, in: Klauber, J. et al. (Hrsg.): Krankenhausreport 2010, Schwerpunkt Krankenhausversorgung in der Krise?, Schattauer, Stuttgart, 2010, S. 181-208.
- Fürstenberg, T./Laschat, M./Zich, K./Klein, S./Gierling, P./Nolting, H.D./Schmidt, T.: G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG – Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006-2008), IGES Institut, Berlin, 2011.

- Geissler, A./Scheller-Kreinsen, D./Quentin, W./Busse, R.: DRG-Systeme in Europa. Anreize, Ziele und Unterschiede in zwölf Ländern, in: Bundesgesundheitsblatt, H. 5, Nr. 55, 2012, S. 633-642.
- GKV-Spitzenverband/Verband der privaten Krankenversicherung e.V.: Grundsätze zur Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17 d Krankenhausfinanzierungs-gesetz (KHG), 2011, im Internet unter der URL: [http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/2011\\_03\\_29\\_OPR\\_Psych\\_Positionen\\_GKV-SV\\_und\\_PKV\\_final\\_16091.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/2011_03_29_OPR_Psych_Positionen_GKV-SV_und_PKV_final_16091.pdf) (Zugriff am 18.04.2012).
- GKV-Spitzenverband; Verband der privaten Krankenversicherung; Deutsche Krankenhausgesellschaft: Ergänzungsvereinbarung Psych-Entgeltsystem 2012, im Internet unter der URL: [http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/2012\\_03\\_16\\_Erg%C3%A4nzungsvereinbarung\\_Psych-Entgeltsystem\\_19631.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/2012_03_16_Erg%C3%A4nzungsvereinbarung_Psych-Entgeltsystem_19631.pdf) (Zugriff am 18.04.2012).
- Güssow, J./Gröbner, M.: Vergütung der Integrierten Versorgung, in: Hellmann, W.; Eble, S. (Hrsg): Gesundheitsnetzwerke initiieren. Kooperationen erfolgreich planen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2009. S. 47-62.
- Haas, A./Leber, W.-D.: Konturen künftiger Psych-Entgelte, in: Klauber/Geraedts/Friedrich/Wasem (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2011 – Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb, Schattauer, Stuttgart, 2011, S. 209-238.
- Haas, A.: Derzeitiger Stand der Entwicklung des neuen Psychiatrieentgeltsystems, Präsentation, VKD-Jahrestagung, 13./14.10.2011, Lengerich.
- Haas, A.: Zur Eignung alternativer Abrechnungseinheiten in Ergänzung von Tagespauschalen, Präsentation, Neue Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik im Krankenhaus, DRG, Ambulante Psychotherapie, 27.10.2010, Warnemünde.
- Hajen, L./Paetow, H./Schumacher, H.: Gesundheitsökonomie - Strukturen, Methoden , Praxis, Kohlhammer, Stuttgart, 5. Auflage, 2010.
- Hausmann, A.: Die schizoaffektive Störung: Validität und Reliabilität, in: Psychiatrie & Psychotherapie, 2010, Nr. 1, S. 21-28.
- Hauth, I.: Derzeitiger Stand der Regelung zum neuen Entgeltsystem in der Psychiatrie, Präsentation, VKD-Jahrestagung, 13./14.10.2011, Lengerich.
- Heimig, F.: Entgeltsystem im Krankenhaus 2012, Institut für Entgeltentwicklung im Krankenhaus GmbH, 2011.
- Hessel, F./Kohlmann, T./Krauth, C./Nowy, R./Seitz, R./Siebert, U./Wasem, J.: Gesundheitsökonomische Evaluation in der Rehabilitation. Teil I: Prinzipien und

- Empfehlungen für die Leistungserfassung, 1999, im Internet unter der URL: <http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2008.teaching.ss/mig4/lit/Leistungserfassung.pdf> (Zugriff am 25.05.2012).
- Hilgers, S.: DRG-Vergütung in deutschen Krankenhäusern - Auswirkungen auf Verweildauer und Behandlungsqualität, Univ. Diss., RWTH Aachen, Gabeler Verlag, Wiesbaden, 2011.
- Höhm, H.: Es geht um Geld, Gesundheit und die Gesellschaft, in: Krankenhaus-Umschau, Nr. 6, 2012, S. 14-16.
- Huttner, D. M.: Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten. Analyse über einen Zeitraum von 9 Jahren, Univ. Diss., Ludwig-Maximilians-Universität München, 2006.
- INEK: Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2004, online verfügbar unter: [http://www.g-drg.de/cms/Archiv/Systemjahr\\_2004\\_bzw.\\_Datenjahr\\_2002#sm7](http://www.g-drg.de/cms/Archiv/Systemjahr_2004_bzw._Datenjahr_2002#sm7) (Zugriff am: 28.05.2012).
- Jacobs, C.: Aktueller Stand der Kalkulation PSY-Entgeltsystem, Präsentation, 11. Nationales DRG-Forum, 29./30.03.2012, Berlin.
- Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991, zuletzt geändert durch Artikel 13 Absatz 1 des Gesetzes vom 12. April 2012.
- Kunze, H.; Kukla, R.: Chancen für die Psychiatrie, in: f&w, 2011, Nr. 1, S. 66-70-
- Kunze, H./Schmidt-Michel, P.-O.: Zur Erosion der Psych-PV und zukünftigen Finanzierung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, in: Der Nervenarzt, Jg. 78, 2007, S. 1460-1468.
- Laufer, R.: G-DRG-Systementwicklung aus der Sicht der DKG, Präsentation, Deutscher Krankenhaustag, 16.11.2011, Düsseldorf.
- Leber, W.D.: Entwicklungsschritte und Perspektiven beim Psych-Entgeltsystem, in: Aktion Psychisch Kranke e.V.; Weiß, P./Kunze, H./Roeder, N.: Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG, Psychiatrie Verlag, 2011a, Bonn, S. 16-35.
- Leber, W. D.: G-DRG-Systementwicklung aus der Sicht des GKV-Spitzenverbandes, Präsentation, Deutscher Krankenhaustag, 16.11.2011b, Düsseldorf.
- Penter, V./Mickel, P./Friedrich, S.: Das neue Entgeltsystem nach § 17 d KHG – Chancen und Risiken für die Leistungserbringer, in: Das Krankenhaus, H. 3, 2010, S. 202-206.
- Roeder, N./Bunzemeier, H./Brüning, K./Helling, J.: Entgeltsystem Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, in: Das Krankenhaus, H. 4, 2010, S. 320-330.

- Schroeders, N.; Köbberling, J.: Einfluss von Vergütungssystemen auf die medizinische Qualität, in: Medizinische Klinik, H. 97, Nr. 7, 2002, S. 429–433.
- Spießl, H./Binder, H./Cording, C./Klein, H.E./Hajak, G.: Klinikpsychiatrie unter ökonomischen Druck, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 39, Nr. 103, 2006, A 2549–2552.
- Stranz, S./Schanz, B.: DRGs sind grundsätzlich möglich – So könnte das neue Entgeltsystem für die Psychiatrie aussehen, in: KU Gesundheitsmanagement, H. 6, 2010, S. 17-21.
- Wöhrmann, S.: Psych-Entgeltsystem - der ordnungspolitische Rahmen aus Sicht der Krankenkassen, Präsentation, I I. Nationales DRG-Forum, 29./30.03.2012, Berlin.

# IBES



ISSN-Nr. 2192-5208 (Print)  
ISSN-Nr. 2192-5216 (Online)

