



BARMER GEK

Gesundheitswesen aktuell 2011

Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Jens Petrovsky, Beate Garmann-Rolfes, Stefan Rutz, Uwe Repschläger
„Ein Ansatz zur Ermittlung von pauschalisierten Entgelten für die psychiatrische Versorgung“

SONDERDRUCK aus:
BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2011 (Seite 100-127)

Jens Petrovsky, Beate Garmann-Rolfes, Stefan Rutz, Uwe Repschläger

Ein Ansatz zur Ermittlung von pauschalierten Entgelten für die psychiatrische Versorgung

Der Auftrag, für die Psychiatrie ein pauschaliertes Entgeltsystem im stationären Bereich zu entwickeln, hat eine ordnungspolitische Diskussion zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und psychiatrischen Fachverbänden ausgelöst. Fragen zur konkreten Kalkulation der so genannten Psych-DRGs treten bisher in den Hintergrund, der gesetzlich vorgegebene Zeitplan gerät zunehmend unter Druck. Die Autoren hingegen steigen mit einem praktischen Vorschlag zur Kalkulation in die aktuelle Diskussion ein.

Einleitung

Mit den Diagnosis Related Groups (DRG) hat der Gesetzgeber in den Jahren 2003 und 2004 für die Somatik ein umfassendes Fallpauschalensystem eingeführt. Die Psychiatrie wurde jedoch von dieser Umstellung ausgenommen, sodass die dort erbrachten Leistungen derzeit noch mit einem krankenhausindividuellen Tagespflegesatz finanziert werden. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) hat der Gesetzgeber der gemeinsamen Selbstverwaltung 2009 den Auftrag erteilt, für den Bereich der Psychiatrie ein pauschaliertes Entgeltsystem zu entwickeln und so den Leistungsbezug der Vergütung zu stärken. Anders als im Bereich der DRG soll das Entgeltsystem jedoch nicht auf Fallpauschalen, sondern primär auf pauschalierten Tagessätzen aufgebaut sein. Im Auftrag der Selbstverwaltung erarbeitet das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) derzeit einen entsprechenden Vorschlag.

Der gesetzgeberische Auftrag zur Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems im Bereich der Psychiatrie hat zu einer intensiven Diskussion bei den Beteiligten – Leistungserbringer und Krankenkassen sowie psychiatrische Fachverbände – geführt. Dabei stehen Fragen zur Konstruktion und zum Aufbau der Entgelte (etwa Art, Umfang, Gültigkeitsbereiche) teilweise weniger im Fokus als die vermuteten Verteilungs- und Anreizwirkungen einer derartigen Systemveränderung.

Die unterschiedlichen Interessen leiten die Diskussion reflexartig eher auf Verteilungswirkungen, Randbereiche (beispielsweise Psychiatrische Institutsambulanz – PIA), Bürokratieaufwand und Einführungszeitpunkt und weniger auf die grundsätzlichen Elemente eines möglichen Systems. Die Selbstverwaltung riskiert damit, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die wesentlichen Punkte im Rahmen einer Ersatzvornahme regeln muss; andernfalls ist der vorgesehene Zeitplan zur Einführung des neuen Entgeltsystems nicht realisierbar.

Abbildung 1: Zeitplan zur Einführung des Entgeltsystems

2009	2010	2011	2012	2013
<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbarung über die Grundstrukturen des Vergütungssystems • Entwicklung von psychiatrischen OPS-Prozeduren • Entwicklung von Psychiatrie-Kodierrichtlinien • Empfehlung zur Eingruppierung in die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pretest zur Entwicklung der Kalkulationsmethodik • Anwendung der Psych-OPS, der Kodierrichtlinien sowie der Psych-PV-Empfehlungen • Anpassung der Psych-OPS und der Kodierrichtlinien 	<ul style="list-style-type: none"> • Probekalkulation (Daten aus 2010) • Datenerhebung in Kalkulations-KH für 1. „Echt“-Kalkulation in 2012 • Beginn der Entwicklung der Instrumente für Systementwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> • Annahme der Kalkulationsdaten aus 2011 • 1. „Echt“-Kalkulation (Daten aus 2011) • Entwicklung des 1. Entgeltkataloges mit Bewertungsrelationen bis 30. September 	<ul style="list-style-type: none"> • budgetneutrale Einführung der pauschalierenden Vergütung

Quelle: eigene Darstellung: Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Im Folgenden wird ein Vorschlag für einen einfachen und pragmatischen Einstieg in ein pauschaliertes Entgeltsystem unterbreitet, der aus Informationen aus der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ein konkretes Modell zur Kalkulation von Relativgewichten ableitet.

Gesetzlicher Auftrag

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 25. März 2009 (KHRG) hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner sowie das InEK in § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) beauftragt, für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen und Fachabteilungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten zu entwickeln.

Dieses Konzept des Gesetzgebers wurde bereits in einer frühen Entwurfsphase mit Beschluss vom 16. November 2007 durch die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) auch seitens der Bundesländer unterstützt (Kunze, Kaltenbach und Kupfer 2010: Anhang 14). Damit verbunden ist die Erwartung, dass sich die positiven Ergebnisse der DRG-Einführung auf den Bereich der Psychiatrie übertragen lassen. Zu den Erfolgen gehören aus Sicht der Bundesländer die massiven Strukturänderungen, die Verkürzung der Verweildauer, die Konzentration der stationären Kapazitäten und die Verbesserung von Quantität und Qualität (AOLG-Konzept vom 16. November 2007: 7).

Das neue Entgeltsystem gemäß § 17d KHG soll dabei – analog dem DRG-System – leistungsorientiert sein. Auch in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen soll zukünftig das Geld der Leistung folgen. Pauschalierend ist so zu verstehen, dass Leistungskategorien gefunden werden sollen, die ein hohes Maß an Kostenhomogenität aufweisen. Darüber hinaus beinhaltet die Pauschalierung auch die Kategorien der medizinischen Homogenität, Praktikabilität und Akzeptanz.

Im Gegensatz zum DRG-System sollen die Entgelte nicht fall-, sondern tagesbezogen abgebildet werden. Dazu hat der Gesetzgeber im Gesetzesentwurf (Bundestagsdrucksache 16/10807: 25) zum KHRG vom 24. September 2008 ausgeführt: „Ein Fallbezug wie beim DRG-System erscheint in diesem Versorgungsbereich grundsätzlich nicht geeignet und kann insbesondere bei dieser Patientengruppe zu Fehlanreizen führen.“

Gleichwohl erteilt der Gesetzgeber in § 17d Absatz 1 Satz 2 KHG auch den Auftrag zu prüfen, ob für geeignete Teilbereiche andere Abrechnungseinheiten, beispielsweise Fallpauschalen, eingeführt werden können.

Das neue Vergütungssystem sollte dabei die Bedingungen (selbstverständlich) so setzen, „dass die Kliniken die vorhandenen Mittel so effizient einsetzen, dass jeder Patient die Behandlung erhält, die wirksam, notwendig und wirtschaftlich ist“ (Kunze und Kukla 2011: 68). Das neue Entgeltsystem muss so ausgestaltet sein, dass es einerseits die richtigen ökonomischen Anreize setzt, andererseits aber eine qualitätsgesicherte, flexible und wirksame Versorgung des Patienten ermöglicht.

Der Entwicklungsauftrag des Gesetzgebers bezieht sich zunächst nur auf die voll- und teilstationären Leistungen (und damit nicht auf zusätzliche Versorgungsbereiche wie etwa die psychiatrischen Institutsambulanzen – PIA). Datenausgangsbasis für die Entwicklung des neuen Vergütungssystems sind gemäß § 17d Absatz 3 Satz 2 KHG und § 1 Absatz 2 Grundlagenvereinbarung die Daten nach § 17d Absatz 9 KHG. Das sind die Daten nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 a und Nummer 2 a bis h KHEntgG. Für die Einrichtungen, die unter die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) fallen, ist es die tagesbezogene Einstufung der Patienten in die Behandlungsbereiche der Psych-PV.

Positionen der Beteiligten

Die aktuelle fachliche Diskussion bezieht sich derzeit weniger auf die im Zusammenhang mit der Kalkulation wichtigen Fragen. Dominiert wird die Diskussion durch einzelne ordnungspolitische Aspekte wie den Zeitpunkt der Einführung, den Umfang des neuen Systems und sonstige Rahmenbedingungen wie Dauer und Ausgestaltung der budgetneutralen Phase, der Konvergenzphase etc.

Krankenkassenverbände

Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) möchten das neue

Entgeltsystem für die Psychiatrie zügig und mit einer Vielfalt von Vergütungsformen (Tages-, Fall- und Zeitpauschalen) einführen. Es soll sich zunächst auf den voll- und teilstationären Bereich beschränken. Für die PIA wird ab dem Jahr 2012 eine bundeseinheitliche Leistungsdokumentation gefordert. Beide Verbände befürworten ein für den somatischen und psychiatrischen Bereich einheitliches Krankenhausvergütungssystem, das langfristig auch über einen einheitlichen Landesentgeltwert abgebildet wird (GKV-Spitzenverband, PKV-Verband 2011).

Der Verband der Ersatzkassen (vdek), der AOK-Bundesverband (AOK BV) und die Fachgesellschaften ackpa (Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland) und APK (Aktion Psychisch Kranke e. V.) möchten gleichfalls pünktlich im Jahr 2013 starten, fordern jedoch eine Neujustierung des § 17d KHG und die Implementierung eines sektorenübergreifenden Ansatzes (vollstationär, teilstationär und ambulant). Es sollen Versorgungsbudgets geschaffen werden, in die alle durch das Krankenhaus erbringbaren Leistungen einbezogen werden. Gleichzeitig sollen Maßnahmen zur Integration von settingübergreifenden Leistungen des Krankenhauses und des ambulanten Sektors eingeleitet werden. Das Entgeltsystem soll als Instrument zur rationalen Budgetbemessung mit einem flexiblen Budgetmechanismus ausgestaltet werden. Die weitere Trennung des somatischen und psychiatrischen Bereiches wird für notwendig erachtet.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Die DKG spricht sich gegen eine übereilte Einführung des neuen Entgeltsystems aus. Vor der budgetneutralen Einführung des neuen Systems müssen nach Ansicht der DKG insbesondere die Vorgaben der Psych-PV zur Personalausstattung vollständig umgesetzt sein. Die DKG befürwortet darüber hinaus ein leistungsgerechtes Festpreissystem mit Festlegung eines eigenständigen Preisniveaus auf Landesebene.

Psychiatrische Fachverbände

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) äußert sich in ihrer Stellungnahme (www.dgppn.de) auch zu Kalkulationsfragen. Wichtigste Einstiegsvoraussetzung in das neue Entgeltsystem ist für die DGPPN zunächst die vollständig gegenfinanzierte hundertprozentige Erfüllung der Psych-PV. Bei der Entwicklung des neuen Entgeltsystems und dessen Kalkulation müssen die Dokumentation und der Kodieraufwand für die Krankenhäuser maßvoll begrenzt werden.

Auch die APK (Kunze und Kukla 2011: 66 ff.) sieht zunächst in der hundertprozentigen Psych-PV-Erfüllung die Basis für die Entwicklung des neuen Entgeltsystems. Die APK verbindet eine gute Behandlungsqualität mit dem ökonomischen Ziel eines möglichst sparsamen Ressourcenverbrauchs. Gleichzeitig soll mit der Einführung des neuen Entgeltsystems die Chance genutzt werden, die stationäre und ambulante Krankenhausbehandlung patientenzentriert zu gestalten und unter eine Verantwortung zu stellen.

Die dargestellten Positionen zeigen, dass die unterschiedlichen Vorstellungen der Beteiligten zum Teil nur schwer in Einklang zu bringen sind. Zudem setzen sich die wenigsten Akteure damit auseinander, was für einen pünktlichen Start im Jahr 2013 unbedingt erforderlich ist. Vielmehr werden perspektivische Ideen zur sektorenübergreifenden Vernetzung entwickelt. Es lässt sich aber mit bereits vorhandenen Informationen ein einfaches und pragmatisches Entgeltsystem für den Start im Jahr 2013 umsetzen.

Psychiatrische Versorgung: stationäre Angebots- und Leistungsstrukturen

Für die stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung in Deutschland standen im Jahr 2009 712 Fachabteilungen mit insgesamt 65.500 Betten (das entspricht 13 Prozent aller 503.000 aufgestellten Krankenhausbetten) zur Verfügung. Davon entfielen auf die Allgemeinpsychiatrie

416 Abteilungen (58 Prozent), auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie 133 Abteilungen (19 Prozent) sowie auf die Psychosomatik 163 Abteilungen (23 Prozent). 50.300 Betten entfielen auf 245 psychiatrische Fachkrankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychosomatischen oder neurologisch ausgerichteten Fachabteilungen. Der Rest (15.200 Betten) wird in Mischeinrichtungen vorgehalten.

In diesen 712 psychiatrischen Fachabteilungen werden jährlich etwa 876.000 vollstationäre Fälle mit etwa 22,3 Millionen Berechnungstagen erbracht. Die Auslastung aller psychiatrischen Betten liegt dabei bundesweit bei etwa 93 Prozent. Die Fallzahl ist in den psychiatrischen Fachabteilungen in den letzten zehn Jahren deutlich schneller gestiegen (plus 28,6 Prozent) als in den somatischen Fachabteilungen (plus 5,3 Prozent). Ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt dauerte im Jahr 2009 in der Allgemeinpsychiatrie 23 Tage, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 41 Tage und in der Psychosomatik 39,5 Tage (Statistisches Bundesamt 2011: 23).

Insgesamt betragen die GKV-Ausgaben für die psychiatrische Behandlung in den psychiatrischen Fachabteilungen jährlich etwa 5,5 Milliarden Euro. Bei etwa 55,4 Milliarden Euro Gesamtausgaben für die stationäre Krankenhausbehandlung im Jahr 2009 entspricht dies einem Anteil von etwa zehn Prozent.

Die Krankenhaushäufigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen liegt bei 1,4 Fällen je 100 Versicherte. Hinzu kommen weitere etwa 275.000 vollstationäre Krankenhaüsälle im Rahmen von psychischen Erkrankungen, die nicht in psychiatrischen Fachabteilungen, sondern in den somatischen Abteilungen behandelt werden.

Tabelle 1: Vollstationäre Krankenhausfälle nach Fachabteilungen in Deutschland von 2000 bis 2009

	KH-Fälle gesamt (vollstationär, Mio.)		KH-Fälle Somatik (vollstationär, Mio.)		KH-Fälle Psychiatrie (vollstationär, Mio.)	
2000	17,188		16,507		0,681	
2001	17,260	0,4%	16,550	0,3%	0,710	4,3%
2002	17,399	0,8%	16,671	0,7%	0,728	2,5%
2003	17,313	-0,5%	16,580	-0,5%	0,733	0,8%
2004	17,234	-0,5%	16,485	-0,6%	0,749	2,1%
2005	17,034	-1,2%	16,249	-1,4%	0,784	4,8%
2006	17,142	0,6%	16,337	0,5%	0,805	2,6%
2007	17,569	2,5%	16,748	2,5%	0,820	1,9%
2008	17,937	2,1%	17,083	2,0%	0,854	4,1%
2009	18,257	1,8%	17,381	1,7%	0,876	2,5%
00 bis 09	1,069	6,2%	0,874	5,3%	0,195	28,6%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, 2001 bis 2010

Methodische Überlegungen

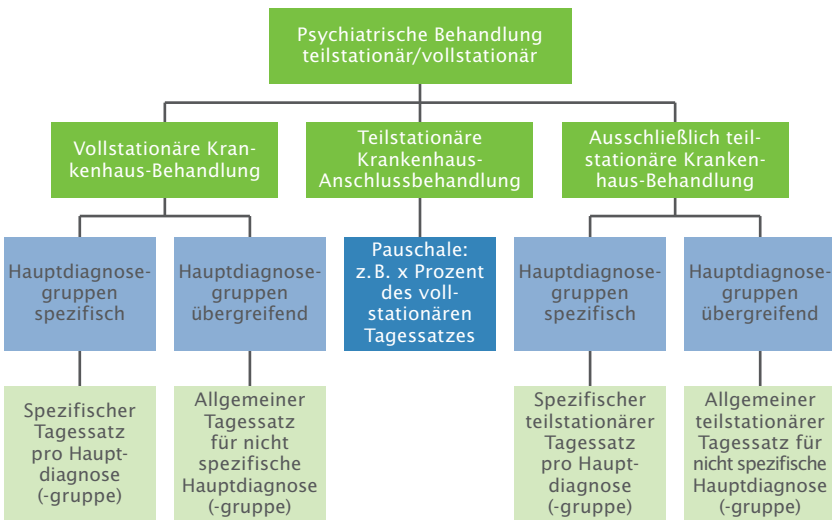
Grundsätzlich soll ein pauschalierendes Entgeltsystem die finanziellen Mittel gerecht verteilen und so konstruiert sein, dass ein zielorientierter und an den individuellen Bedürfnissen des Patienten orientierter Behandlungsprozess gefördert wird. Die Entgeltgruppen selbst sollten ökonomisch und medizinisch hinreichend homogen sein und ihre Verwendung sollte nicht zu einer Ausweitung des Verwaltungsaufwandes führen. Gesetzlich vorgegeben ist der Behandlungstag als Kostentrenner (§ 17d KHG). Die Fragestellung über weitere Kostentrenner hat die Selbstverwaltung auf das InEK verlagert. Das InEK soll bei der Entwicklung der tagesbezogenen Entgelte auf Basis der Psych-PV-Behandlungsbereiche alle weiteren auf empirischer Datenbasis verfügbaren Klassifikationsmerkmale (Diagnosen und Prozeduren etc.) auf ihre Eignung zur Differenzierung der Entgelte überprüfen (§ 2 Grundlagenvereinbarung).

Die BARMER GEK spricht sich für die Verwendung der Hauptdiagnose als Gliederungskriterium aus, um die Akzeptanz und Transparenz zu erhöhen. Ein Mehraufwand in der Dokumentation entsteht nicht, da die Hauptdiagnose bereits jetzt verpflichtend zu melden ist.

Vorschlag für die Gestaltung des pauschalierenden Entgeltsystems

Bei der Konstruktion eines Entgeltsystems sind zuerst die Entgeltgruppen zu definieren. In einem zweiten Schritt erfolgt die Bewertung dieser Gruppen (Relativgewichte, RG). Bei der Definition der Entgeltgruppen des BARMER GEK-Vorschlages erfolgt eine Orientierung an den gesetzlichen Vorgaben. In der Erstversion wird dabei von einer grundsätzlichen Tagesorientierung der Entgelte ausgegangen. Außerdem orientieren sich die Tagessätze an den Hauptdiagnosen. Unterhalb der Hauptdiagnose werden dann die drei Behandlungsformen vollstationäre, teilstationäre Anschlussbehandlung und die ausschließliche teilstationäre Behandlung unterschieden.

Abbildung 2: Schematische Darstellung eines tagesbezogenen pauschalierten Entgeltsystems für den Bereich der Psychiatrie (BARMER GEK)



- **Vollstationäre Krankenhausbehandlung**

Für die Definition von Entgeltgruppen werden hauptdiagnosebezogene Gruppen gebildet. Für jede dieser Hauptdiagnosegruppen (ICD-Zwei- oder ICD-Dreisteller) wird der Anteil an den Gesamtberechnungstagen bestimmt. Danach erfolgt eine Sortierung der Hauptdiagnosegruppen nach der relativen Häufigkeit ihrer Berechnungstage an allen Berechnungstagen. Für diejenigen Gruppen, die eine hohe Anzahl von Berechnungstagen aufweisen, wird ein spezifischer Tagessatz kalkuliert (beispielsweise spezifischer Tagessatz für die Hauptdiagnosegruppe Depression). Die Summe der Berechnungstage, die auf die spezifischen hauptdiagnosebezogenen Gruppen entfällt, sollte dabei etwa 80 bis 90 Prozent der Summe aller Berechnungstage ausmachen. Für die hauptdiagnosebezogenen Gruppen, die eine geringe Häufigkeit aufweisen, wird eine Restgruppe gebildet (allgemeiner Tagessatz für nicht spezifische Hauptdiagnosegruppe).

- **Teilstationäre Anschlussbehandlung**

Nach Abschluss der vollstationären Behandlung wird eine große Anzahl von Patienten regelhaft in die teilstationäre Anschlussbehandlung überführt, die eine niedrigere Betreuungsintensität (der Schwerpunkt liegt auf therapeutischen Behandlungen) als die vollstationäre Behandlung aufweist. Die Zielsetzung der teilstationären Anschlussbehandlung besteht in der Überleitung des vollstationären Patienten in die ambulante Betreuung. Da die Leistungen, die im Rahmen der teilstationären Anschlussbehandlung erbracht werden, häufig inhaltlich gleichartig sind, erfolgt im BARMER GEK-Modell keine separate Kalkulation. Die Ermittlung der Tagessätze für die teilstationäre Nachbehandlung wird vielmehr im Wege der rechnerischen Ableitung aus den vollstationären Tagessätzen vorgenommen.

- **Ausschließlich teilstationäre Krankenhausbehandlung**

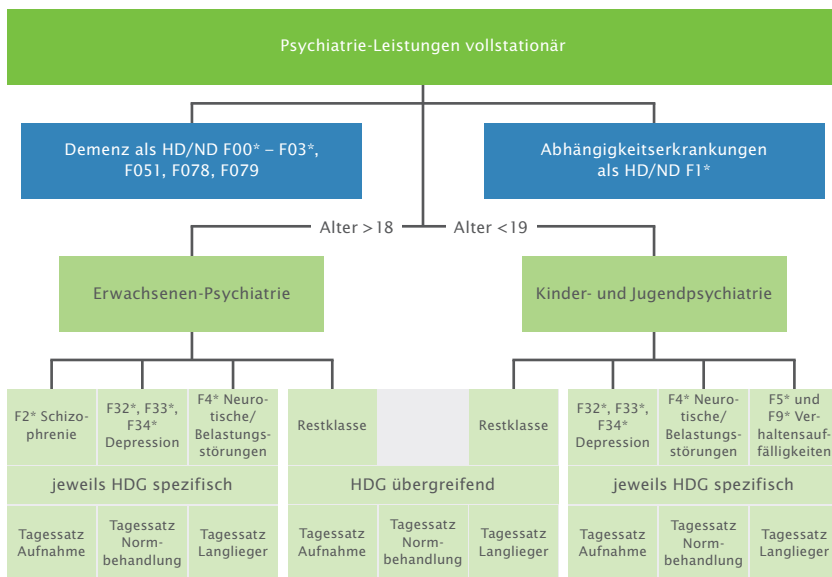
Im BARMER GEK-Modell ist als dritte Behandlungsform die ausschließlich teilstationäre Behandlung vorgesehen. Da diese Behandlungsform im bisherigen Versorgungsspektrum im Rahmen der Psych-PV nicht

abgebildet worden ist, erscheint eine besondere Berücksichtigung als versorgungspolitisch wünschenswert. Analog zu den vollstationären Leistungen sollen vonseiten des InEK im Rahmen der Kostenkalkulationen die tagesbezogenen teilstationären Relativgewichte ermittelt werden. Die Aufgliederung in die hauptdiagnosegruppenbezogenen und übergreifenden Klassen wird dabei aus dem vollstationären Bereich übernommen. Die folgenden Darstellungen beschränken sich auf den vollstationären Bereich.

Differenzierung der vollstationären Leistungserbringung

Auf Basis der vollstationären Krankenhausdaten der BARMER GEK (2010 und 1. Quartal 2011) lässt sich entsprechend der vorherigen Ausführungen die folgende Aufteilung ableiten:

Abbildung 3: Vorschlag für tagesbezogene Entgeltgruppen im Bereich der vollstationären Behandlung in der Psychiatrie



Aus der Gesamtheit der vollstationären Fälle werden, analog dem Vorgehen bei den Prä-MDC im DRG-System, zunächst zwei Leistungskomplexe ausgegliedert: Es handelt sich zum einen um die Demenz, da bei der Betreuung höherer diagnostischer und pflegerischer Aufwand entsteht und die Verweildauern aufgrund der an vielen Orten vorhandenen gemeindenahen psychiatrischen Betreuungseinrichtungen häufig kürzer sind. Die Identifizierung der Demenz erfolgt durch die Selektion der Haupt- oder Nebendiagnosen F00* bis F03*, F051, F078 und F079. Immer dann, wenn für die Behandlung eine der genannten Diagnosen als Haupt- oder Nebendiagnose dokumentiert worden ist, wird sie der Entgeltgruppe Demenz zugeordnet. Auch die Abhängigkeitserkrankungen werden analog ausgegliedert, da die unterstellten Abläufe (Aufnahmephase, anschließend Therapiephase und danach teilstationäre Anschlussbehandlung) in aller Regel nicht zutreffen. Vielmehr weisen diese Patienten einen sehr hohen Anteil an Kurzliegern auf. Die Behandlung mit dem Ziel der Entwöhnung erfolgt dann regelhaft im Bereich der Rehabilitation. Sämtliche Patienten, für die als Haupt- oder Nebendiagnose ein F1*-Kode dokumentiert worden ist, werden dieser Entgeltgruppe zugeordnet.

Die so nach Anwendung dieser Vorfilter verbleibenden Krankenhausfälle werden zunächst weiter auf die beiden organisatorisch eigenständigen Teildisziplinen der Psychiatrie aufgeteilt. Krankenhausbehandlungen in der Altersgruppe bis 18 Jahren werden der Entgeltgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Altersklasse ab 18 Jahren der Entgeltgruppe Erwachsenen-Psychiatrie zugeordnet. Innerhalb der jeweiligen Entgeltgruppe erfolgt eine Zuordnung zu hauptdiagnosespezifischen Entgeltgruppen (HDG-spezifische Klassen).

Das hier vorgestellte Modell identifiziert in der Erwachsenen-Psychiatrie die Schwerpunkte Schizophrenie (Diagnosen laut ICD-10 F2*), Depression (Diagnose laut ICD-10 F32*, F33*, F34*) und Neurotische/Belastungsstörungen (Diagnose laut ICD-10: F4*) als diejenigen Bereiche, in denen aufgrund der Anzahl von Berechnungstagen und Umsatzvolumen eine eigene Entgeltgruppe sinnvoll erscheint. Alle stationären Behandlungen,

die weder unter die Ausgliederungsbereiche noch unter die spezifisch kalkulierten HDG fallen, werden in einer Restgruppe (HDG-übergreifende Klasse) zusammengefasst. Für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gelten die Ausführungen analog.

Bewertung der Entgeltgruppen/Kalkulation

Zur Berücksichtigung der schwankenden Kostensituationen im Rahmen der Krankenhausbehandlung ist es sinnvoll, den Tagessatz für unterschiedliche Behandlungsphasen (Aufnahme-, Normbehandlungs- und Langliegerphase) zu kalkulieren. Zu Beginn eines Krankenhausaufenthaltes fallen durch Anamnese und Initialdiagnostik vergleichsweise hohe Kosten an. Zur Abbildung dieses Sachverhalts werden im BARMER GEK-Modell die Kosten dieser Aufnahmephase gesondert pro Entgeltgruppe ermittelt. Ebenfalls sollte für die Kalkulation die Anzahl der pro Entgeltgruppe abrechenbaren Aufnahmephase-Tage bestimmt werden. Als Alternative oder Einstiegsmodell wäre ein pauschaler Zuschlag (etwa 40 Prozent) auf den Tagessatz der Normbehandlung denkbar.

Die Kalkulation des Tagessatzes der Normbehandlung sollte die durchschnittlichen Kostengrößen umfassen, die im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nach Abschluss der Erstuntersuchungen üblicherweise anfallen. Enthalten sind sowohl die Kosten der Intensiv- als auch der Normbehandlung. Wenn beispielsweise im Rahmen der Behandlung einer Depression Intensivbehandlungstage (A2-Kategorie) im Vergleich zu Regelbehandlungstagen (A1-Kategorie) im Verhältnis eins zu zwei anfallen, dann sollte das tagesbezogene Relativgewicht der Normbehandlungsphase zu 33 Prozent die Kosten der Intensivbehandlung abbilden.

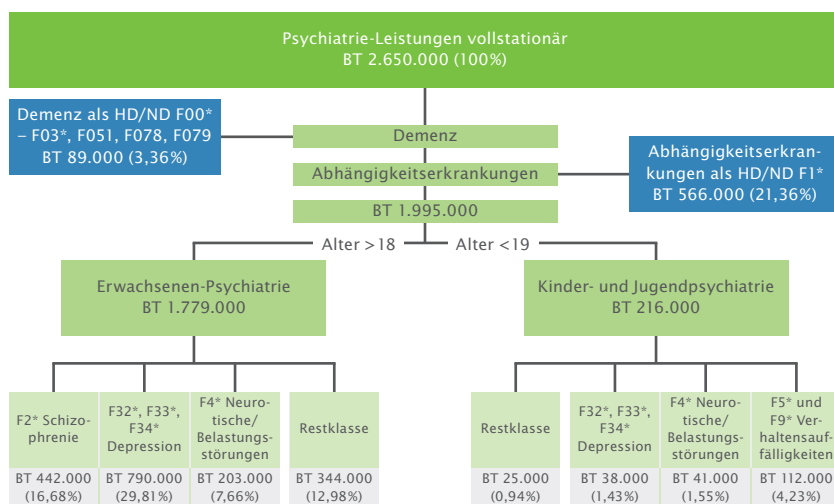
Mit zunehmender Länge der stationären Behandlung sollte ein gestufter Gewichtsabschlag eingeführt werden. Dieser kann ab einer individuellen Verweildauergrenze pro Psychiatrie-Tagespauschale rechnerisch bestimmt werden. Insgesamt ergibt sich ein Gesamtmodell, bei dem von einem Zuschlag für die Aufnahmephase und von Abschlägen nach Beendigung der Normbehandlungsphase ausgegangen wird.

lungsart begründete (beispielsweise Eins-zu-eins-Betreuung) als auch die im besonderen Zustand des Patienten liegenden Faktoren (Zusatzentgelt für Patienten mit überdurchschnittlichem hohen pflegerischen Aufwand oder behandlungsbedürftiger somatischer Erkrankung wie HIV) monetär zu bewerten. Ereignisbezogene Zusatzentgelte dienen der Vergütung von bestimmten außergewöhnlichen, nicht regelhaft bei der Diagnostik und Therapie zu erbringenden, klar definierbaren Einzelleistungen.

Verteilung der vollstationären Leistungen auf die Entgeltgruppen

Die vollstationären Behandlungstage der BARMER GEK (2010 und 1. Quartal 2011) verteilen sich auf die beschriebenen Entgeltgruppen wie folgt.

Abbildung 5: Verteilung der Behandlungstage (BT) auf die einzelnen Entgeltgruppen

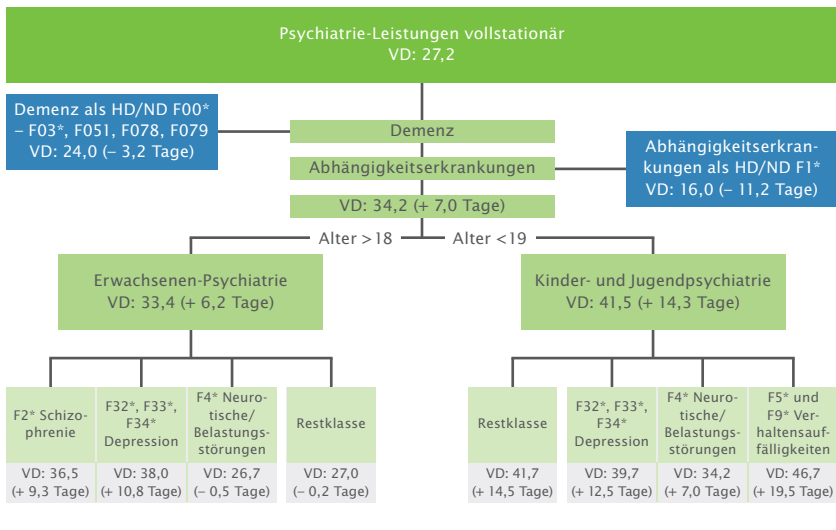


Quelle: schematische Darstellung, eigene Berechnung

Es zeigt sich, dass etwa 86 Prozent der Behandlungstage entweder über Ausgliederungsbereiche (25 Prozent) oder die HDG-spezifischen Entgelte (61 Prozent) abgebildet werden. 14 Prozent der gesamten Berechnungstage würden in den diagnosegruppenübergreifenden Entgelten abgebildet werden.

Die Analyse der Verweildauern zeigt erhebliche Unterschiede der Behandlungsabläufe der in den Klassen zusammengefassten Leistungen auf.

Abbildung 6: Verweildauer (VD) in den einzelnen Entgeltgruppen



Quelle: schematische Darstellung, eigene Berechnung

Die Berechnung von Relativgewichten auf Basis von Psych-PV-Einstufungen

Die Kalkulation von Bewertungen beziehungsweise Preisen erfolgt durch das InEK auf Basis von für diesen Zweck erhobenen Kostendaten bei ausgewählten Kliniken. Die entsprechenden Kalkulationen liegen derzeit zwar noch nicht vor, über die bereits vorhandenen Informationen

aus der Psych-PV lassen sich jedoch bereits näherungsweise Relativegewichte bestimmen. Mit Hilfe des nachfolgend skizzierten Ansatzes lässt sich zeigen, dass unter Nutzung der Kategorien der Psych-PV auch ohne konkrete Kalkulationsdaten Kostenunterschiede darstellbar sind.

Exemplarisch erfolgt eine ausschließliche Betrachtung der vollstationären Leistungen in der Erwachsenen-Psychiatrie. Dies bedeutet für das auf der Psych-PV basierende Modell, dass ausschließlich die Behandlungsbereiche A1 bis A5 (Allgemeine Psychiatrie), S1 bis S5 (Abhängigkeits-erkrankungen) und G1 bis G5 (Gerontopsychiatrie) betrachtet werden.

Tabelle 2: Ermittlung des Dienstarten-Minutenfaktors (Schritt 1)

Dienstart (DA)	Bruttopersonal- kosten 2009 (in Tausend Euro)	Anzahl Vollkräfte (VK)	EUR/VK (DA)	DA-Minutenfaktor
alle Psych-PV DA	38.519.774	654.067	58.893	1,00
Ärztlicher Dienst (Übernahme analog für Dipl. Psych.)	13.048.421	131.227	99.434	1,69 (Minutenfaktor ÄD)
Pflegedienst	14.805.456	303.658	48.757	0,83 (Minutenfaktor PD)
Medizinisch- technischer Dienst	6.187.868	128.608	48.114	0,82 (Minutenfaktor MTD)
Funktionsdienst	4.478.029	90.573	49.441	0,84 (Minutenfaktor FD)

Datenquelle: destatis 2009, eigene Berechnung

=> DA-Minutenfaktor dient zur Darstellung der Auswirkung der Gehaltsunterschiede pro Dienstart

=> der EUR/VK-Gewichtung der Psych-PV-Minuten

Das Modell beruht im Wesentlichen auf den Minutenwerten der Behandlungsbereiche der Psych-PV. Die Berechnung erfolgt in vier Schritten.

Schritt 1: Ermittlung des Dienstarten-Minutenfaktors (DA-Minutenfaktor) zur Gewichtung der unterschiedlichen Vergütungshöhen der Dienstarten

- a. Die zugrunde gelegten Informationen zu den Bruttopersonalkosten in Euro und der Anzahl der Vollkräfte pro Dienstart wurden den Daten des Statistischen Bundesamtes entnommen.
- b. Mithilfe der genannten Daten werden die dienstartbezogenen Bruttopersonalkosten/Vollkraft (EUR/VK) ermittelt.
- c. Setzt man diese zum Durchschnittswert über alle Dienstarten hinweg ins Verhältnis, dann ergibt sich der dienstartenspezifische DA-Minutenfaktor.

Als Ergebnis lässt sich beispielhaft festhalten, dass die Arztminute mit dem Faktor 1,69, diejenige des Pflegedienst-Mitarbeiters mit dem Faktor 0,83 zu gewichten ist.

Schritt 2: Ermittlung des gewichteten tagesbezogenen Minutenwertes (EUR/VK gew. tagesbez. Minutenwert) pro Dienstart

- a. Auf Basis der behandlungsbereichsspezifischen Psych-PV-Minutenwerte wird ein tagesbezogener Wert ermittelt. Hierfür muss in der Dienstart Pflegedienst der wochenbezogene Minutenwert durch sieben (Tage), in den anderen Dienstarten durch fünf (Tage) dividiert werden.
- b. Diese so ermittelten tagesbezogenen Werte werden dann mit dem DA-Minutenfaktor aus Schritt 1 gewichtet.

Als Ergebnis dieses Schrittes erhält man die Summe der EUR/VK gewichteten tagesbezogenen Minutenwerte je Psych-PV-Behandlungsbereich (Spalte VIII in Tabelle 3). Dieser Wert weist für die Kategorie A2 (Intensivbehandlung) die Größenordnung von 259,54 auf und für die Kategorie A1 (Regelbehandlung) den Wert 185,53. Das Verhältnis von A2 zu A1 weist somit die Kostenrelation von 1,40 zu 1 auf.

Tabelle 3: Ermittlung des kostengewichteten tagesbezogenen Minutenwertes (Schritt 2)

Psych-PV-Behandlungsbereich (PBB)	Minutenwerte gemäß Psych-PV umgerechnet in Tageswerte (PD dividiert durch 7 sonst, dividiert durch 5) bewertet mit DA-Minutenfaktor							Kostengewichtete Minuten je PBB
	Ärzte	Pflegepersonal	Diplompsychologe	Ergotherapeut	Bewegungstherapeut	Sozialdienst	Logopäden	
DA-Minutenfaktor	1,688	0,828	1,688	0,840	0,817	0,817	0,817	
Psych-PV-Behandlungsbereich (PBB)								VIII = Summe (I–VII)
Regelbehandlung	A1	69,90	68,36	9,79	20,48	4,58	12,42	185,53
Intensivbehandlung	A2	86,78	132,23	4,05	19,64	4,74	12,09	259,54
rehabilitative Behandlung	A3	27,69	44,47	37,14	33,08	4,74	12,91	160,03
langandauernde Behandlung	A4	44,57	86,81	19,25	18,97	4,41	9,64	183,66
Psychotherapie	A5	52,00	23,42	36,13	17,29	5,07	2,29	136,20
Tagesklinik	A6							
Regelbehandlung	S1	76,32	65,88	14,52	12,09	5,72	17,81	192,33
Intensivbehandlung	S2	86,45	135,07	18,57	8,56	5,56	25,00	279,20
rehabilitative Behandlung	S3	27,69	28,62	37,14	26,19	7,52	28,59	155,76
langandauernde Behandlung	S4	35,79	80,78	27,01	18,81	6,21	12,58	181,18
Psychotherapie	S5	44,24	23,54	33,77	16,96	5,07	7,84	131,41
Tagesklinik	S6							
Regelbehandlung	G1	61,80	117,32	8,78	17,13	5,72	12,25	223,00
Intensivbehandlung	G2	71,25	144,41	0,00	13,10	6,54	8,33	243,62
rehabilitative Behandlung	G3	28,36	61,26	22,29	14,27	6,86	12,91	145,96
langandauernde Behandlung	G4	33,77	107,51	14,52	12,09	7,19	6,86	181,94
Psychotherapie	G5	40,18	28,50	27,35	12,76	5,07	2,12	115,99
Tagesklinik	G6							

Datenquelle: destatis 2009, eigene Berechnung

Tabelle 4: Häufigkeitsgewichtung des Minutenwertes (Schritt 3)

Psych-PV-Behandlungsbereich (PBB)	Σ EUR/VK gewichtete Psych-PV-Minuten	Häufigkeit je PBB	Häufigkeit je PBB	Häufigkeitsgew. tagesbezogene vollstationäre Minutenwerte	
		vollstationär/teilstationär*	vollstationär*		
	IX = VIII	X (in Prozent)	XI (in Prozent)	XII=IX*X	
Regelbehandlung	A1	185,53	35,40	40,72	75,55
Intensivbehandlung	A2	259,54	8,60	9,89	25,67
rehabilitative Behandlung	A3	160,03	1,10	1,27	2,02
langandauernde Behandlung	A4	183,66	3,50	4,03	7,39
Psychotherapie	A5	136,20	4,80	5,52	7,52
Tagesklinik	A6		11,00		0,00
Regelbehandlung	S1	192,33	8,00	9,20	17,70
Intensivbehandlung	S2	279,20	6,10	7,02	19,59
rehabilitative Behandlung	S3	155,76	0,20	0,23	0,36
langandauernde Behandlung	S4	181,18	1,80	2,07	3,75
Psychotherapie	S5	131,41	0,30	0,35	0,45
Tagesklinik	S6		0,40		0,00
Regelbehandlung	G1	223,00	11,10	12,77	28,47
Intensivbehandlung	G2	243,62	4,73	5,44	13,26
rehabilitative Behandlung	G3	145,96	0,30	0,35	0,50
langandauernde Behandlung	G4	181,94	0,90	1,04	1,88
Psychotherapie	G5	115,99	0,10	0,12	0,13
Tagesklinik	G6		1,86		0,00
Häufigkeiten nur vollstationär			86,93	100,00	
durchschnittlicher EUR/VK-gew. Minutenwert über alle PBB					204,28

Datenquelle: eigene Berechnung

* Aktion Psychisch Kranke e.V.: Evaluation der Psychiatrie-Personalversorgung
1. Auflage 2007: 37

Schritt 3: Häufigkeitsgewichtung der kostengewichteten Minutenwerte

- a. Ausgangspunkt dieses Schrittes sind die EUR/VK gewichteten tagesbezogenen Minutenwerte für die Behandlungsbereiche der Psych-PV (PBB) (Spalte VIII = Spalte IX).
- b. Diese werden dann mit den relativen Häufigkeiten aus dem Psych-PV-Gutachten der APK (Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung, Aktion Psychisch Kranke e.V.) gewichtet (Spalte X). Diese umfassen Angaben für die voll- und teilstationären Behandlungsbereiche.
- c. Da im Modell ausschließlich vollstationäre Leistungen betrachtet werden, erfolgt in Spalte XI die rechnerische Ermittlung der vollstationären Häufigkeiten.
- d. Diese relative Häufigkeit wird dann zur Gewichtung der EUR/VK gewichteten Psych-PV-Minuten je Psych-PV-Behandlungsbereich verwendet (Spalte XII).

Als Ergebnis dieses Schrittes ergibt sich dann der Durchschnittswert der tagesbezogenen EUR/VK gewichteten Minuten über alle PBB in Höhe von 204,28.

Schritt 4: Ermittlung des einstufigsbezogenen Relativgewichts pro Psych-PV-Behandlungsbereich

- a. Im abschließenden vierten Schritt werden die PBB-bezogenen EUR/VK gewichteten Psych-PV-Minuten dem in Schritt 3 ermittelten Durchschnittswert gegenübergestellt und mittels Division wird ein Relativgewicht pro Psych-PV-Behandlungsbereich ermittelt.
- b. Die in Spalte XV ermittelten Relativgewichte je Behandlungsbereich dienen der Bewertung des Einzelfalls im Rahmen der Kalkulation und durch Zusammenfassung aller Einzelkalkulationen der Ermittlung des Relativgewichts der Entgeltgruppen im Rahmen des BARMER GEK-Modells.

Tabelle 5: Ermittlung des Relativgewichtes pro PBB (Schritt 4)

Psych-PV-Behandlungs- bereich (PBB)	Σ EUR/VK gewichtete Psych-PV- Minuten	Ø EUR-gew. Minutenwert Ergebnis der Tabelle 4	Psych-PV- Relativgewicht je PBB	Probe
	XIII = IX	XIV	XV=XIII/XIV	XVI
Regelbehandlung	A1 185,53	204,28	0,91	75,55
Intensivbehandlung	A2 259,54	204,28	1,27	25,67
rehabilitative Behandlung	A3 160,03	204,28	0,78	2,02
langandauernde Behandlung	A4 183,66	204,28	0,90	7,39
Psychotherapie	A5 136,20	204,28	0,67	7,52
Tagesklinik	A6			0,00
Regelbehandlung	S1 192,33	204,28	0,94	17,70
Intensivbehandlung	S2 279,20	204,28	1,37	19,59
rehabilitative Behandlung	S3 155,76	204,28	0,76	0,36
langandauernde Behandlung	S4 181,18	204,28	0,89	3,75
Psychotherapie	S5 131,41	204,28	0,64	0,45
Tagesklinik	S6			0,00
Regelbehandlung	G1 223,00	204,28	1,09	28,47
Intensivbehandlung	G2 243,62	204,28	1,19	13,26
rehabilitative Behandlung	G3 145,96	204,28	0,71	0,50
langandauernde Behandlung	G4 181,94	204,28	0,89	1,88
Psychotherapie	G5 115,99	204,28	0,57	0,13
Tagesklinik	G6			0,00
durchschnittlicher EUR/VK-gew. Minuten- wert über alle PBB				204,28

Quelle: eigene Berechnung

Ermittlung der klassenbezogenen Relativgewichte

Die Basis der Kalkulation bilden Fälle der BARMER GEK des Jahres 2010 und des ersten Quartals 2011. Pro abgerechnetem Versicherten erfolgt eine Aufteilung des Gesamtaufenthaltes in Behandlungsperioden entsprechend der Psych-PV-Behandlungsbereiche (OPS-Einstufungen). Die Methode der Kalkulation wird an einem Einzelfall erläutert. Der dargestellte Patient durchläuft die folgenden Behandlungsbereiche:

- Einstufung bei Aufnahme: Intensivbehandlung (A2) bis zum zehnten Aufenthaltstag.
- Wechsel des Behandlungsbereiches: Regelbehandlung (A1) vom 11. bis 20. Aufenthaltstag.
- Wechsel des Behandlungsbereiches nach Rückfall: Intensivbehandlung (A2) vom 21. bis 28. Aufenthaltstag.
- Wechsel des Behandlungsbereiches: Regelbehandlung (A1) vom 29. bis 40. Aufenthaltstag.

Den einzelnen Aufenthaltstagen wird das zuvor kalkulierte Relativgewicht zugeordnet.

Tabelle 6: Ermittlung des Relativgewichtes (RG) eines Einzelfalls

	Verweildauer	Einstufung	OPS Psych-PV	Psych-PV RG
	1–10	A2	9-980.1	1,270
	11–20	A1	9-980.0	0,908
	21–28	A2	9-980.1	1,270
	29–40	A1	9-980.0	0,908
Summe	40			42,846
Ø RG/Tag				1,071

Quelle: eigene Berechnung

Die Vorgehensweise wird bezogen auf den Einzelfall in der oben befindlichen Abbildung dargestellt. Bei tagesbezogener Zuordnung der Relativgewichte würde sich ein durchschnittliches Relativgewicht von 1,0712 pro Tag (ermittelt aus dem Gesamtdurchschnitt des Einzelfalls) ergeben. Vereinfachend kann man die auf den Einzelfall bezogene Kalkulation folgendermaßen darstellen.

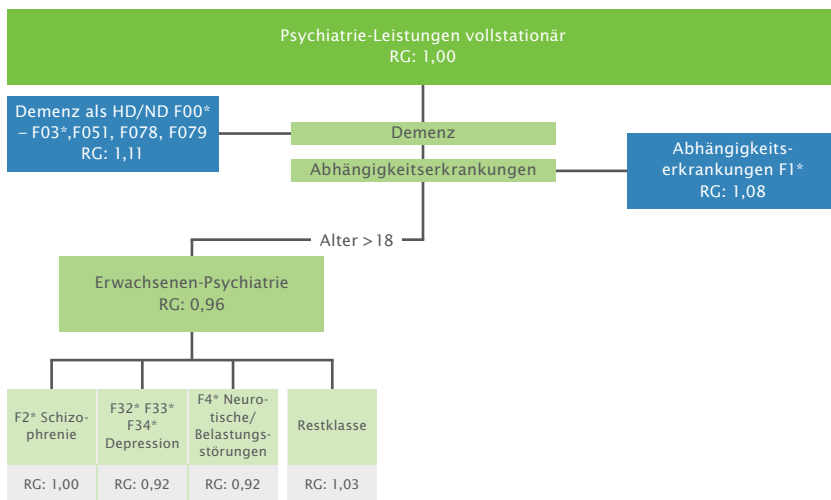
Tabelle 7: Ermittlung des Relativgewichtes eines Einzelfalls

Psych-PV-Kategorie	Anzahl BT mit Einstufung	Relativgewicht	Relativgewicht Summe
<i>Spalte</i>	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III = I * II</i>
A1	22	0,908	19,979
A2	18	1,270	22,867
Summe	40		42,846
durchschnittliches Relativgewicht = Summe Spalte III / Summe Spalte I		1,071	

Quelle: eigene Berechnung

Das für den Einzelfall beschriebene Verfahren wird nun für alle Einzelfälle einer Entgeltgruppe durchgeführt. Dabei werden alle vollstationären Fälle im Bereich der Erwachsenen-Psychiatrie berücksichtigt, die über mindestens eine Psych-PV-Einstufung verfügen. Bezogen auf die 2.400.000 BT ist das bei 1.700.000 BT (etwa 70 Prozent) gegeben. Die Gewichtung der Gesamtheit der Berechnungstage mit einer Psych-PV-Einstufung ergibt über alle Fälle ein durchschnittliches Relativgewicht von 1,04. Zur Ermittlung des Relativgewichts wurde eine Normierung auf 1,0 vorgenommen. Auf der Grundlage der dargestellten Klassifizierung ergeben sich die folgenden tagesgewichteten Relativgewichte pro Entgeltgruppe.

Abbildung 7: Ermittelte Relativgewichte (RG) in der vollstationären Hierarchie des Entgeltmodells



Quelle: eigene Berechnung

Zwischen der Entgeltgruppe mit dem höchsten Relativgewicht von 1,11 (Demenz) und dem niedrigsten Relativgewicht in Höhe von 0,92 (beispielsweise F32*, F33*, F34* Depression) ergibt sich eine Differenz von etwa 17 Prozent pro Tag. Bei der Bewertung dieser gering erscheinenden Abweichung muss beachtet werden, dass sich die Kostenunterschiede im Modell ausschließlich auf den Faktor ‚bewertete Psych-PV-Minuten‘ beziehen können. Vergleicht man hingegen die Relativgewichte der Entgeltgruppen F32*, F33* und F34* einerseits und F4* andererseits, zeigen sich im Modell keine erheblichen Unterschiede. Trotzdem wäre zu prüfen, ob eine Unterscheidung in verschiedene Entgeltgruppen aus Gründen der Transparenz und Akzeptanz erhalten bleiben sollte.

Ermittlung der Auswirkungen auf die Entgelthöhe

Bezogen auf durchschnittliche Tageskosten von etwa 225 Euro im Bereich der vollstationären Erwachsenen-Psychiatrie (BARMER GEK 2010), würde sich die folgende Differenzierung bei den Tagessätzen ergeben.

Tabelle 8: Ermittlung von differenzierten Tagessätzen auf Basis der Relativgewichte

	Demenz	Abhängig- keitser- krankung	Schizo- phrenie	Depres- sion	Neurotische/ Belastungs- störungen	Restklasse
Vergütung 2010	225	225	225	225	225	225
Relativgewicht	1,11	1,08	1,00	0,92	0,92	1,03
Vergütung mit Relativgewicht	250	243	225	207	207	232
Veränderung Tageskosten	25	18	0	-18	-18	7
Ø Verweildauer	23,9	16,0	36,3	37,8	26,9	39,9
Veränderung Fallkosten	598	288	0	-680	-484	279

Quelle: eigene Berechnung

Für einen Patienten, der in den Ausgliederungsbereich der Demenz fällt, käme ein Tagessatz von 250 Euro zur Abrechnung. Der Tagessatz für einen depressiven Patienten würde 207 Euro betragen. Damit zeigt sich, dass auch bei der alleinigen Abbildung eines wesentlichen Faktors (Personaleinsatz im Bereich der vollstationären Leistungen bei Erwachsenen) Kostenunterschiede darstellbar sind. Möglicherweise kommen in den ermittelten Differenzen die tatsächlichen Unterschiede nicht ausreichend zur Geltung. Es bleibt abzuwarten, ob im Rahmen der Weiterentwicklung der Dokumentation weitere Kostentrenner zum Einsatz kommen.

Zusammenfassung

Die BARMER GEK plädiert dafür, das neue Entgeltsystem pünktlich im Jahr 2013 für den voll- und teilstationären Bereich einzuführen. Mittelfristig kann dann die Integration der PIA-Leistungen erfolgen. Es besteht zwar im deutschen Gesundheitswesen die grundsätzliche Tendenz, möglichst alle Probleme gleichzeitig und perfekt lösen zu wollen. Um ein System zu verändern, ist dieser überhöhte Anspruch jedoch wenig zielführend. Ein pragmatischer Einstieg mit der Option der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Systems in den Folgejahren bietet den Vorteil, dass die Systemumstellung nicht dauerhaft durch ständig steigende Ansprüche blockiert wird.

Das in diesem Artikel dargestellte Berechnungsmodell verdeutlicht, dass eine zeitgerechte Einführung mit den vorhandenen Datengrundlagen möglich ist. Das aufgezeigte Modell formuliert einen Ansatz, der es ermöglichen würde, mit einem einfachen und praktikablen, gleichwohl aber leistungsorientierten System zu starten. Wie dargestellt, umfasst das Modell als wesentlichen Bestandteil hauptdiagnosespezifische Klassen. Für eine Diagnoseorientierung sprechen die Aspekte der medizinischen Homogenität, der Akzeptanz, Leistungstransparenz und Begrenzung der Manipulationsanfälligkeit (keine expliziten Schweregrad-Scores).

Aufgrund der einfachen Konstruktion bietet das vorgeschlagene Entgeltsystem auch die Möglichkeit, einen Einstieg zu realisieren, der dann als Basis für sinnvolle Weiterentwicklungen in den nächsten Jahren (beispielsweise zusätzliche Alterssplits oder die Berücksichtigung von somatischen Diagnosen) dienen könnte.

Literatur

- Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hrsg) (2007): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung: Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005. 1. Auflage. Psychiatrie-Verlag Bonn.
- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden – AOLG (2007): Konzept zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung

- unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen vom 16. November 2007, www.gmkonline.de/_beschluesse/80-GMK_Umlaufbeschluss_Dez2007_Konzept_ZukunftDerKrankenhausversorgung.pdf (Download 8. Juli 2011) sowie Beschluss am 16. November 2007 in Wiesloch, abgedruckt in: Kunze, Heinrich, Kaltenbach, Ludwig, Kupfer, Klaus (Hrsg.): *Psychiatrie-Personalverordnung*. 6. Auflage. Anhang 14.
- Bundestagsdrucksache 16/10807: Gesetzesentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG).
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2011): Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (DGGPP), Nummer 6 vom 14. März 2011, www.dgpn.de/aktuelles/startseite-detailansicht/article/100/weiterentwic-1.html (Download 8. Juli 2011).
- GKV-Spitzenverband und Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2011): Grundsätze zur Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), Konzept vom 29. März 2011. www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie_Ordnungsrahmen.gkvnet (Download 8. Juli 2011).
- Kunze, H., L. Kaltenbach und K. Kupfer (Hrsg.) (2010): *Psychiatrie Personalverordnung*. 6. Auflage. Kohlhammer Verlag Stuttgart.
- Kunze, H., und R. Kukla (2011): Chancen für die Psychiatrie. f&w. S. 66ff.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011): *Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2009*. Fachserie 12. Wiesbaden.