

Hochschule Magdeburg-Stendal

Standort Stendal

Wirtschaft

**Die Einführung eines pauschalierenden
Entgeltsystems für psychiatrische und
psychosomatische Einrichtungen nach § 17d
Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) – Ein Vergleich
zum derzeitigen Vergütungssystem**

Freie wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des akademischen
Grades Bachelor of Science

Eingereicht von:

Jeanette Engel

20091109

Erstprüfer: Dr. Matthias Krauß

Zweitprüfer: Prof. Dr. Christian Krause

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
1 Einleitung	1
2 Derzeitiges Vergütungssystem	4
2.1 Bundespflegegesetzverordnung	4
2.1.1 Flexibles Budget	5
2.1.2 Tagesgleiche Pflegesätze	8
2.1.3 Finanzierung der Ausbildungskosten	10
2.2 Psychiatrie-Personalverordnung	11
2.3 Leistungs- und Kalkulationsaufstellung	16
3 Neues PSY-Entgeltsystem	21
3.1 Zeitplan	22
3.1.1 Erarbeitungsphase bis Ende 2012	22
3.1.2 Budgetneutrale Phase ab 2013	23
3.1.3 Konvergenzphase ab 2017 bis 2021	24
3.2 Gesetzentwurf der Bundesregierung	25
3.3 Bestandteile des PSY-Entgeltsystems	27
3.3.1 Mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte	27
3.3.2 Zusatzentgelte und krankenhausesindividuelle Entgelte	31
3.3.3 Zusätzliche Elemente	32
3.4 Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung	35
4 Vergleich der Systeme mit dem Fokus auf das neue PSY-Entgeltsystem	38
4.1 Gegenüberstellung der signifikanten Inhalte	38
4.2 Stellungnahmen ausgewählter Institutionen	41
4.3 Chancen und Risiken des neuen PSY-Entgeltsystems	44

5 Zusammenfassung – Fazit – Ausblick	49
Literaturverzeichnis	VIII
Anhänge	XVI
Eidesstattliche Erklärung	XXXII

Abkürzungsverzeichnis

AEB-Psych	Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser
BEW	Basisentgeltwert
BKG	Berliner Krankenhausgesellschaft
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHBV	Krankenhaus-Buchführungsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
LBEW	Landesbasisentgeltwert
LKA	Leistungs- und Kalkulationsaufstellung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
NUB	Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
o. J.	ohne Jahr
o.S.	ohne Seite
o.V.	ohne Verfasser
PEPP	Pauschalisiertes Entgelt für die Psychiatrie und die Psychosomatik
PIA	psychiatrische Institutsambulanz
PSY-Entgeltsystem	pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d KHG
PsychEntgG	Psychiatrie-Entgeltgesetz

Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung
Sp.	Spalte
TVöD	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst
vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.
ver.di	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
VKD	Verband der Krankenhausdirektoren Deutsch- lands e.V.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Zeitplan der unterschiedlichen Entwicklungsstufen	22
Abb. 2:	Darstellung der OPS-Kodierung	29

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Behandlungsbereiche für Erwachsene	13
Tab. 2:	Minutenwerte für Erwachsene	14
Tab. 3:	Behandlungsbereiche für Kinder und Jugendliche	16
Tab. 4:	Minutenwerte für Kinder und Jugendliche	16

1 Einleitung

In Deutschland ist seit dem letzten Jahrzehnt eine Steigung der psychischen Erkrankungen zu erkennen. Laut dem Fehlzeiten-Report 2011 vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (Wido) setzt sich dieser Trend weiter fort. Demnach sind die Tage der Arbeitsunfähigkeit bei den mehr als zehn Millionen bei der AOK versicherten Erwerbstätigen im Jahr 2010 aufgrund psychischer Krankheiten im Vergleich zum Vorjahr um 0,7 Prozentpunkte auf 9,3 Prozent gestiegen. Zudem sind psychisch kranke Patienten im Durchschnitt länger krankgeschrieben als somatisch erkrankte Personen. Für AOK-Versicherte wurde ein Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage der psychischen Erkrankungen von 1994 bis 2010 von beinahe 90 Prozent verzeichnet. Die Dauer der psychischen Erkrankungen betrug im Jahr 2010 durchschnittlich 23,4 Tage je Fall. Im Vergleich dazu betrug die Dauer der Herz-/Kreislaufkrankungen 18,6 Tage je Fall.¹ Folglich führt die Zunahme dieser Erkrankungen unter anderem bei der gesetzlichen Krankenversicherung zu steigenden Gesundheitsausgaben im Bereich Krankenhäuser. Laut dem Statistischen Bundesamt sind diese von 49,2 Milliarden Euro im Jahr 2004 auf 61,3 Milliarden Euro im Jahr 2010 gestiegen.² Des Weiteren zeigt die Amtliche Statistik KJ1 vom GKV-Spitzenverband eine Steigerung der Ausgaben für die Krankenhausbehandlung von 47,59 Milliarden Euro im Jahr 2004 auf 58,13 Milliarden Euro im Jahr 2010.³ Den Krankenkassen entstehen zusätzlich zu den Krankenhausbehandlungskosten ferner Kosten für die ambulante Psychotherapie und die Zahlung von Krankengeld. Für den Krankenhausbereich fallen jedoch die meisten Kosten an. Hierbei wird die Bedeutung klar, welchen erheblichen Stellenwert die Abrechnungssysteme zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen haben.

Die derzeitige Vergütung der psychiatrischen Krankenhausfälle wird in der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) geregelt. Gemäß § 12

¹ Vgl. Wido (2011): S. 2f.

² Vgl. Windeck (2011): o. S., In: www.gbe-bund.de/oowa921-Install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_576&OPINDE X=12&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_602&D.734=4512&D.732=4467, aufgerufen am 04.06.2012.

³ Vgl. GKV-Spitzenverband (2011): S. 13.

Absatz 1 BPfIV wird in den Krankenhausverhandlungen ein Budget vereinbart. Das Budget wird über tagesgleiche Pflegesätze nach § 13 BPfIV abgerechnet.⁴ Demzufolge werden der Basis- und Abteilungspflegesatz voll- und teilstationär je Tag an das Krankenhaus finanziert. Es ist in erster Linie irrelevant, welche Diagnosen vom Krankenhaus genannt werden. Die Zuteilung der Patienten zu der Fachabteilung erfolgt nicht aufgrund der Erkrankung, sondern des Alters oder der Tatsache, ob sie neben dem psychischen auch ein somatisches Leiden haben.

Auf der vorhandenen Basis wird ein neues pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen laut § 17d KHG erarbeitet (PSY-Entgeltsystem).⁵ Der Zeitplan zur Einführung sieht eine schrittweise Umstellung der Krankenhäuser auf das neue System bis 2021 vor.⁶ Das Entgeltsystem verfolgt nach dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. folgendes Ziel: Eine leistungsorientierte Vergütung in einem finanziell stabilen Rahmen.⁷

In dieser Arbeit wird untersucht, ob die Hauptziele der gerechten Vergütung und der verbesserten Leistungsqualität mit dem neuen PSY-Entgeltsystem erreicht werden können. Wird das System der Patientenversorgung gerecht und somit die Intention der Leistungsorientierung tatsächlich umgesetzt? Im zweiten Kapitel wird zunächst das derzeitige Vergütungssystem mit seinen Bestandteilen wie das flexible Budget, die Erlösausgleiche, die tagesgleichen Pflegesätze und die Finanzierung der Ausbildungskosten nach BPfIV dargestellt. Des Weiteren folgen eine Erläuterung der Ermittlung des Personalbedarfs nach Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) und die Darstellung der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA). Anschließend wird im dritten Kapitel der genaue Zeitplan zur Einführung des PSY-Entgeltsystems aufgezeigt. Dazu werden die Erarbeitungsphase, die budgetneutrale Phase und die

⁴ Vgl. Bundespflegesatzverordnung (2012): S. 10f.

⁵ Vgl. Krankenhausfinanzierungsgesetz (2012): S. 22.

⁶ Vgl. Bundesregierung (2012): S. 35f.

⁷ Vgl. GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2011): S. 2f.

Konvergenzphase erläutert. Es schließen sich die Erklärung des PSY-Entgeltsystems nach dem Gesetzentwurf der Bundesregierung mit seinen Bestandteilen wie den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten, Zusatzentgelten und krankenhausindividuellen Entgelten, sowie zusätzlichen Elementen an. Den Abschluss des dritten Kapitels bilden die Ausführungen zur Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB-Psych). Weiterhin erfolgen im vierten Kapitel eine Gegenüberstellung von signifikanten Inhalten beider Systeme und die Ausarbeitung von Vor- und Nachteilen. Des Weiteren dient eine Darstellung von Stellungnahmen relevanter Institutionen zu einzelnen Themeninhalten des neuen PSY-Entgeltsystem dem besseren Überblick. Dabei werden letztlich Chancen und Risiken des neuen Vergütungssystems herausgestellt. Im fünften Kapitel gibt der Autor eine Zusammenfassung und ein eigenes Fazit mit Ausblick.

In wissenschaftlichen Zeitschriften mangelt es gegenwärtig an Beiträgen, die zum Vergütungssystem psychiatrischer Krankenhaufälle herangezogen werden können. Dies gilt umso mehr, da sich die Betreuung bei psychisch kranken Menschen als ein Thema darstellt, das sich aufgrund seiner Sensibilität als sehr schwierig zu lösen erweist. Da aber Lösungen dringend notwendig sind, müssen alle Publikationen diesbezüglich ausgewertet werden.

2 Derzeitiges Vergütungssystem

Das derzeitige Entgeltsystem wird für die Regelung der Vergütung zwischen psychiatrischen Fachkrankenhäusern beziehungsweise Krankenhäusern mit psychiatrischen Fachabteilungen und den Krankenkassen durch zwei wesentliche Verordnungen bestimmt. Zum Einen sind die BPfIV und zum Anderen die Psych-PV für die Abrechnungsgestaltung maßgeblich. Des Weiteren bildet das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) den gesetzlichen Rahmen zur wirtschaftlichen Sicherung und zur Regelung der Pflegesätze für Krankenhäuser.⁸ Für gegenwärtige psychiatrische Krankenhausfälle ist eine jährliche Vergütung im Rahmen der Krankenhausverhandlungen entsprechend § 12 Absatz 1 BPfIV vorgesehen, wofür ein Budget vereinbart wird. Erreicht das Krankenhaus im Rückblick zum letzten Jahr das vereinbarte Budget nicht oder übertrifft es, werden laut § 12 Absatz 2 Satz 1 BPfIV Erlösausgleiche vereinbart.⁹ Zusätzlich wird nach der Psych-PV der Personalbedarf für Ärzte, Pflege- und therapeutisches Personal je Krankenhaus ermittelt.¹⁰ Das vereinbarte Budget, die Ausgleiche und der Personalbedarf werden über die sogenannte LKA (Anlage 1 zur BPfIV) auf tagesgleiche Pflegesätze nach den §§ 13 und 14 BPfIV berechnet.¹¹ Die Abrechnung erfolgt während des Krankenhausaufenthaltes für jeden Tag gleich.¹² Ferner werden nach BPfIV Zuschläge für Ausbildungsvergütungen und -stätten je Krankenhausfall finanziert.¹³

2.1 Bundespflegesatzverordnung

Gemäß § 1 BPfIV werden die voll- und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser oder der Fachabteilungen entgolten. Es werden ausschließlich solche vergütet, die nicht im System der Diagnosis Related Groups (DRG-Vergütungssystem) berücksichtigt sind. Das im Jahr 2004 eingeführte DRG-Vergütungssystem ist ein Fallpauschalensystem

⁸ Vgl. Krankenhausfinanzierungsgesetz (2012): S. 1.

⁹ Vgl. Bundespflegesatzverordnung (2012): S. 10.

¹⁰ Vgl. Psychiatrie-Personalverordnung (2012): S. 1.

¹¹ Vgl. Bundespflegesatzverordnung (2012): S. 11f.

¹² Vgl. Kerres, Seeberger (2005): S. 265.

¹³ Vgl. Schnitzler (2010): S. 600.

für somatische Krankenhausfälle.¹⁴ Die allgemeinen Krankenhausleistungen und eventuelle Wahlleistungen beinhalten die Behandlung durch Ärzte, die Pflege von kranken Personen, die Vergabe von Hilfs-, Heil- und Arzneimitteln, die Bereitstellung eines Zimmers mit Krankenbett und die Verpflegung. Allgemeine Krankenhausleistungen sind für die medizinisch geeignete und hinreichende Versorgung des Patienten erforderlich. Dazu zählen außerdem die vom Arzt in Auftrag gegebenen Leistungen Dritter und die Aufnahme einer Begleitperson, soweit es medizinisch erforderlich ist.¹⁵ Grundsätzlich kann das Krankenhaus ausschließlich solche Leistungen erbringen, die in dem jeweiligen Versorgungsauftrag festgehalten sind.¹⁶ Der Versorgungsauftrag wird im Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes geregelt. Die Leistungen werden durch ein Budget vereinbart und über Pflegesätze an das Krankenhaus finanziert.

2.1.1 Flexibles Budget

Die Grundlage für die Budgetermittlung sind gemäß § 17 KHG und § 3 Absatz 1 BPfIV hauptsächlich die allgemeinen Krankenhausleistungen, die der Erfüllung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses dienen und die vom Krankenhaus angegebenen Entgelte. Das Budget wird um die Veränderungs- und die Berichtigungsrate angepasst. Die Veränderungsrate stellt gemäß § 71 des Fünften Sozialgesetzbuches – gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassenversicherten zum Vorjahr dar. Sie wird jährlich durch das Bundesministerium für Gesundheit vorgegeben und beträgt 1,15 Prozent im Jahr 2011 und 1,98 Prozent im Jahr 2012.¹⁷ Entsprechend § 6 Absatz 2 BPfIV wird die Tarifraterate für die Erhöhung der Vergütungstarifverträge und für Einmalzahlungen vereinbart. Diese Rate wird retrospektiv ermittelt.¹⁸ Für das Jahr 2012 vereinbaren der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenver-

¹⁴ Vgl. Roeder (2004): S. 1.

¹⁵ Vgl. Bundespflegesatzverordnung (2012): S. 1.

¹⁶ Vgl. Zimmermann (2012): S. 236.

¹⁷ Vgl. Sozialgesetzbuch (2012): S. 35695f.

¹⁸ Vgl. Bundespflegesatzverordnung (2012): S. 5.

sicherungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) die Be-richtigungsrate. Dazu wird die Differenz der um 0,25 Prozentpunkte verminderten Veränderungsrate 2011 in Höhe von 0,9 Prozent und der Tarifraten 2011 in Höhe von 1,9 Prozent ermittelt. Das Budget wird ferner um 40 Prozent dieses Unterschieds und damit um 0,4 Prozent erhöht.¹⁹

Es wird jährlich zwischen den Vertragsparteien das Budget neu verhandelt und vereinbart und gilt für ein Kalenderjahr. Zu den Vertragsparteien zählen der Krankenhausträger und die Krankenkassenverbände. Im günstigsten Fall wird die Budgetverhandlung prospektiv durchgeführt. Demnach wird die Verhandlung für das Budgetjahr 2012 im Jahr 2011 stattfinden, spätestens jedoch nach der Aufforderung einer Partei.²⁰ Im Vorfeld der Verhandlung übermitteln die Krankenhäuser ihre gesamten Ist-Daten des abgelaufenen Jahres, sowie die vorhandenen aktuellen Ist-Unterlagen. Des Weiteren senden sie Forderungsunterlagen, auf deren Basis die Verhandlung geführt wird, in Form einer LKA. Die gesamten Budgetunterlagen sind nicht nach der jeweiligen Krankenkassenzugehörigkeit des Versicherten differenziert, sondern werden als Gesamtdaten geliefert. Laut § 12 BPfIV wird das Budget auf Grundlage der zu erwartenden Leistungsstruktur und der bisherigen Entwicklung der Leistungen vereinbart.²¹ Da der vereinbarte Gesamtbeitrag nie im Ganzen erreicht werden kann, handelt es sich um ein flexibles Budget. Für vereinbarte, aber nicht erreichte oder übertroffene Leistungen werden in der darauffolgenden Verhandlung Erlösausgleiche vereinbart. Hierbei werden einerseits die Belegungstage und andererseits die Pflegesätze ausgeglichen.²² Der prozentuale Ausgleich bei Abweichungen vom vereinbarten Budget in Form von Mehr- oder Mindererlösausgleichen wurde bereits in der BPfIV von 1985 festgehalten.²³

Gemäß § 12 Absatz 2 BPfIV wird die Menge, demzufolge die Belegungstage, ausgeglichen. Der Mengenausgleich sieht vor, dass der

¹⁹ Vgl. GKV-Spitzenverband, der privaten Krankenversicherungen, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2011): S. 2.

²⁰ Vgl. Debatin, Ekkernkamp, Schulte (2010): S. 261.

²¹ Vgl. Bundespflegesatzverordnung (2012): S. 10.

²² Vgl. Behrends (2009): S. 183f.

²³ Vgl. Tuschen, Braun, Rau (2005): S. 955.

Preis fix bleibt, jedoch die Menge variabel ist. Es werden zunächst die theoretischen Ist-Erlöse ermittelt. Das sind die Erlöse, die das Krankenhaus hätte erzielen können, wenn die tatsächliche Ist-Leistung mit den vereinbarten Preisen bewertet würde. Diese Erlöse errechnen sich demnach aus den Ist-Belegungstagen multipliziert mit den vereinbarten Pflegesätzen. Der zu vergleichende Wert ist das vereinbarte Erlösbudget nach K 5 Nr. 24 der Vereinbarungs-LKA des Vorjahres. Dieser setzt sich aus den vereinbarten Tagen multipliziert mit den vereinbarten Pflegesätzen zusammen. Die Differenz dieser beiden Werte ergibt entweder einen Mehrerlös, wenn das Krankenhaus mehr erlöst hat als vereinbart wurde, oder einen Mindererlös, wobei das Krankenhaus folglich weniger erlöst hat. Entsteht ein Mindererlös, wird dieser von den Krankenkassen an das Krankenhaus zu 20 Prozent ausgeglichen. Ergibt sich ein Mehrerlös, der unter 5 Prozent des Gesamterlöses liegt, wird dieser zu 85 Prozent vom Krankenhaus an die Krankenkassen finanziert. Liegt der Mehrerlös über 5 Prozent der Gesamterlöse, werden 90 Prozent an die Krankenkassen zurückfinanziert. Diese prozentuale Aufteilung nennt sich flexible Budgetierung.²⁴ Die genannten Vomhundertsätze werden durch eine abweichende Budgetvereinbarung der Vertragsparteien außer Kraft gesetzt.²⁵

Für den Preisausgleich bleibt die Menge fix, der Preis ist jedoch variabel. Hier werden die bereits erläuterten theoretischen Ist-Erlöse mit dem tatsächlich erzielten Ist verglichen. Die Letzteren werden ermittelt, indem die Ist-Tage mit den finanzierten Pflegesätzen multipliziert werden. Entsprechend § 21 Absatz 2 Satz 1 BPfIV werden die aufgrund der weiteren Vergütung der bisherigen Pflegesätze entstandenen Mehr- und Mindererlöse zu 100 Prozent ausgeglichen.²⁶

Die beiden aufgeführten Ausgleichsarten ergeben zusammen den Gesamtausgleich für das jeweilig abgelaufene Budgetjahr. In der Pflege-satzvereinbarung werden die Ausgleichsbeträge einzeln je Budgetjahr aufgeteilt und nach Mengen- und Preisausgleich dargestellt.²⁷ Mehrer-

²⁴ Vgl. Bundespflegesatzverordnung (2012): S. 10.

²⁵ Vgl. Behrends (2009): S. 184.

²⁶ Vgl. Bundespflegesatzverordnung (2012). S. 16.

²⁷ Vgl. Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V.: S. 7.

löse werden mit einem negativen Vorzeichen angegeben, da das Krankenhaus einen Betrag an die Krankenkassen zurückfinanziert. Mindererlöse werden mit einem positiven Vorzeichen dargestellt, weil das Krankenhaus einen Betrag von den Krankenkassen erhält. Die Erlösausgleiche werden jedes Jahr neu berechnet und den Ausgleichsbeträgen aus Vorjahren gegenübergestellt, sodass die entstandene Differenz erneut über das aktuelle Budgetjahr finanziert wird. Die Berechnungen erfolgen, bis die Schwankungen in den angegebenen Ist-Zahlen zurückgehen. Unterschiedliche Ist-Angaben können vor allem laut § 275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V durch Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) entstehen, wenn dieser Rechnungen kürzt.²⁸ Werden die Differenzen der Ist-Tage jedes Jahr geringer, folgt das Endgültigstellen der Erlösausgleiche. Dafür wird ein Testat des Wirtschaftsprüfers analog zum § 4 Absatz 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) benötigt. Demnach hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer testierte tatsächlich erzielte Erlösaufstellung einzureichen.²⁹ Die Übermittlung des Testats erfolgt prinzipiell im Vorfeld der Budgetverhandlung, spätestens jedoch zur Vereinbarungserstellung. Das Budget und die Ausgleiche werden gemäß § 21 Absatz 2 BPfIV über die tagesgleichen Pflegesätze finanziert.³⁰

2.1.2 Tagesgleiche Pflegesätze

Nach § 301 Absatz 1 SGB V haben zugelassene Krankenhäuser folgende Daten tagaktuell zu übermitteln: Versichertennummer, Institutionskennzeichen, Aufnahme- und Entlassungsdaten sowie voraussichtliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes, bei ärztlicher Behandlung die Arztnummer, Verlegungsdaten, Fachabteilungsschlüssel, Entlassungsdaten und die nach BPfIV berechneten Entgelte.³¹ Diese Daten werden kassenindividuell je nach Versichertenzugehörigkeit geliefert. Laut dem Krankenhaus-Report (2010) sind die tagesgleichen Pflegesätze grundsätzlich

²⁸ Vgl. Sozialgesetzbuch (2012): S. 35938.

²⁹ Vgl. Krankenhausentgeltgesetz (2012): S. 4.

³⁰ Vgl. Bundespflegesatzverordnung (2012): S. 16.

³¹ Vgl. Fünftes Sozialgesetzbuch (2012): S. 35973f.

eine Abschlagszahlung auf das vereinbarte Jahresbudget.³² Demnach wird ein Budget vereinbart, das über die Pflegesätze tagaktuell finanziert wird. Das Krankenhaus erlöst mit seinen Krankenhausbehandlungen schrittweise einen Gesamtbetrag. Das vereinbarte Budget wird somit mehr oder minder erreicht. Mit den Pflegesätzen werden die allgemeinen Krankenhausleistungen, die für die Versorgung des Patienten notwendig sind, entgolten.³³ Nach § 13 Absatz 1 BPfIV werden Basis- und Abteilungspflegesätze jeweils voll- und teilstationär über die LKA ermittelt, wobei teilstationäre Pflegesätze aus den vollstationären abgeleitet werden sollen (teilstationäres Budget dividiert durch die teilstationären Tage). Die tagesgleichen Pflegesätze beinhalten vor allem die Krankenhauskosten für jeden gesetzlich Versicherten und die vereinbarten Erlösausgleiche. Der Basispflegesatz enthält Kosten für die Unterkunft und die Verpflegung des Patienten. In dem Abteilungspflegesatz sind die ärztlichen sowie die pflegerischen Krankenhausleistungen enthalten.³⁴ Die Pflegesätze werden je Tag und Fachabteilung finanziert. Im Land Berlin gibt es nach dem Krankenhausplan 2010 drei verschiedene Fachabteilungen: Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik jeweils voll- und teilstationär.³⁵ Erwachsene Patienten werden der Fachabteilung Allgemeine Psychiatrie, Kinder und Jugendliche der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie zugeteilt. Patienten, die aufgrund ihrer psychischen Belastung eine somatische Erkrankung hervorrufen, werden in der Fachabteilung Psychosomatik behandelt. Für die Zuordnung des Patienten zu der Abteilung ist es generell unerheblich, an welcher Erkrankung der Patient leidet. Die Unterteilung in Krankheiten und die Angabe von Diagnosen für Psychische und Verhaltensstörungen von F00 bis F99 nach dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wie beispielsweise F03 Demenz, F10 Alkoholsucht, F20 Schizophrenie,

³² Vgl. Klauber, Geraedts, Friedrich (2010): S. 183.

³³ Vgl. Schnitzler (2010): S. 600.

³⁴ Vgl. Bundespflegesatzverordnung (2012): S. 11f.

³⁵ Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2010): S. 12.

F32 Depression oder F69 Verhaltensstörung³⁶ ist für die Vergütung nach BPfIV nebensächlich. Das Krankenhaus erhält die Vergütung des Basis- und Abteilungspflegesatzes für die jeweilige Fachabteilung. Führt ein Krankenhaus alle drei Fachabteilungen jeweils voll- und teilstationär, wird es dementsprechend zwei unterschiedliche Basispflegesätze und sechs Abteilungspflegesätze abrechnen.

2.1.3 Finanzierung der Ausbildungskosten

Gemäß § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 BPfIV werden die allgemeinen Krankenhausleistungen durch einen Zuschlag zur Finanzierung der Ausbildungskosten für den Behandlungsfall vergütet.³⁷ Die Kosten für die Ausbildungsstätten, der Ausbildungsvergütungen, die Mehrkosten infolge der Ausbildung und der Praxisanleitung sind laut § 17a KHG durch Zuschläge zu finanzieren. In dem § 2 Absatz 1a KHG wird eine genaue Definition für den Begriff Ausbildungsstätte gegeben. Demnach sind Ausbildungsstätten offizielle Institutionen an Krankenhäusern, um Berufsgruppen wie Ergotherapie, Geburtshilfe, Physiotherapie oder Gesundheits- und Krankenpflege auszubilden.³⁸ Für die Kalkulation der verschiedenen Kosten durch die Ausbildungsstätten hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ein Handbuch erstellt. Demzufolge entstehen Kosten für die Berufsgruppen durch den Unterricht, der sowohl theoretisch als auch praktisch durchgeführt wird. Dafür werden unter anderem Personal- und Sachkosten kalkuliert. Weiterhin entstehen Verwaltungs- und Wasserversorgungskosten für die Ausbildungsstätten. Personalkosten, die die praktische Ausbildung (Praxisanleitung) betreffen, sind ebenfalls von der Ausbildungsstätte zu kalkulieren. Die Gesamtsumme wird in die Kalkulation der Ausbildungskosten einbezogen. Schlussendlich erhalten die Auszubildenden ihre Vergütungen. Diese werden gesondert ausgewiesen.³⁹ Die Ausbildungskosten werden im Rahmen der Budgetvereinbarung durch Anwendung der

³⁶ Vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2011): S. 171f.

³⁷ Vgl. Bundespflegesatzverordnung (2012): S. 10.

³⁸ Vgl. Krankenhausfinanzierungsgesetz (2012): S. 1.

³⁹ Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2009): S. 12f.

BPfIV vergütet. Laut § 17a Absatz 3 KHG vereinbaren die Vertragsparteien der Budgetverhandlung ein individuelles Ausbildungsbudget mit ausbildenden Krankenhäusern. Zur Vermeidung der Benachteiligung ausbildender Krankenhäuser gegenüber nicht ausbildenden Krankenhäusern wurde im Jahr 2006 ein Ausgleichsfonds eingerichtet. Dieser wird von der jeweiligen Landeskrankenhausesgesellschaft geführt. Sie zahlt aus dem Ausgleichsfonds den ausbildenden Krankenhäusern jeweils einen monatlichen Betrag. Dieser Wert setzt sich aus dem vom ausbildenden Krankenhaus gemeldeten individuellen Ausbildungsbudget des Vorjahres, sowie der Anzahl der Plätze für die Ausbildung in den Berufsgruppen und den Mehrkosten für die Vergütung der Ausbildung zusammen. Der Fonds wird über die landesweit einheitlichen Ausbildungszuschläge finanziert, die alle Krankenhäuser pro Krankenhausfall vom Patienten oder der zuständigen Krankenkasse erhalten und an die Landeskrankenhausesgesellschaft abführen.⁴⁰ Der landesweite Ausbildungszuschlag beträgt laut der Jahresvereinbarung zwischen der Berliner Krankenhausesgesellschaft (BKG) und den Krankenkassen 54,89 Euro für das Jahr 2012 im Land Berlin.⁴¹ Die Differenz zwischen dem jährlich mit den Pflegesatzparteien vereinbarten krankenhausesindividuellen Ausbildungsbudget und dem Budget aus dem Ausgleichsfonds wird in Form von Mehr- oder Mindererlösen im folgenden Budgetjahr ausgeglichen. Das Krankenhaus hat für das abgelaufene Jahr eine Aufstellung über die Erlöse aus dem Fonds, die krankenhausesindividuellen Zuschläge und über Abweichungen zum vereinbarten Budget einzureichen. Diese muss von einem Jahresabschlussprüfer bestätigt sein.⁴²

2.2 Psychiatrie-Personalverordnung

Voraussetzung für eine sehr gute stationäre psychische Behandlung ist ein gut ausgebildetes Krankenhauspersonal, das reichlich vorhanden sein sollte.⁴³ Ferner bestimmt der Personaleinsatz die Wettbewerbs-

⁴⁰ Vgl. Krankenhausfinanzierungsgesetz (2012): S. 11f.

⁴¹ Vgl. Berliner Krankenhausesgesellschaft, Krankenkassen (2011): S. 2.

⁴² Vgl. Krankenhausfinanzierungsgesetz (2012): S. 14.

⁴³ Vgl. Möller, Laux, Kapfhammer (2005): S. 234.

stärke des Krankenhauses.⁴⁴ Die Psych-PV regelt die Richtwerte zur Bestimmung des Bedarfs an Personal. Das Krankenhauspersonal setzt sich aus Ärzten, Krankenpflegern und therapeutischem Personal zusammen. Es wird für psychiatrische Fachkrankenhäuser oder für Fachabteilungen der Psychiatrie in Allgemeinkrankenhäusern ermittelt.⁴⁵ Das Krankenhaus muss sicherstellen, dass dieses Personal ausschließlich für die fachliche Therapie eingesetzt wird.⁴⁶ Das Ziel der Psych-PV ist zunächst die Verbesserung der Voraussetzungen zur Erkennung von psychischen Leiden, ferner zu deren Behandlung und abschließend zur Verhinderung einer Verschlechterung.⁴⁷ Entsprechend § 3 Psych-PV gibt es für die Personalermittlung spezielle Vorgaben. Demzufolge berechnet sich der Regeldienst prinzipiell durch die Zuordnung der Patienten zu den Behandlungsbereichen, die folgende Zuteilung von Minutenwerten für jeden Bereich und jede Berufsgruppe und die letztliche Umrechnung der Minutenwerte in Personalstellen. Die vereinbarte Stellenzahl für Ärzte und Diplom-Psychologen stellt den Ausgangswert für die Berechnung von leitenden Stellen dar. Außerhalb des Regeldienstes werden Stellen für Ärzte in Rufbereitschaft oder in Nachtkliniken, für den Nacht- und Bereitschafts- sowie den Konsiliardienst vereinbart.⁴⁸ Beschäftigte, die sich nicht an ihrem Arbeitsort aufhalten, jedoch auf Abruf zur Arbeitsstätte gelangen, befinden sich nach § 7 Absatz 4 des Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst (TVöD) in Rufbereitschaft.⁴⁹ Ärzte, die in der Regelarbeitszeit zu einem Patienten fahren, der dringend ärztlich versorgt werden muss, haben hingegen Bereitschaftsdienst.⁵⁰ Der Konsiliardienst gibt zusätzlich zum behandelnden Arzt eine zweite Meinung ab.⁵¹ Die Behandlungsbereiche, in die die erwachsenen Patienten eingeteilt werden, sind in der folgenden Tabelle 1 dar-

⁴⁴ Vgl. Henke et al. (2012): S. 32.

⁴⁵ Vgl. Psychiatrie-Personalverordnung (2012): S.1.

⁴⁶ Vgl. Behrends (2009): S. 178.

⁴⁷ Vgl. Wöhrmann (2009): S. 176.

⁴⁸ Vgl. Psychiatrie-Personalverordnung (2012): S. 2.

⁴⁹ Vgl. Bundesministerium des Innern, Vorstand der kommunalen Arbeitgeberverbände, vertragsschließende Gewerkschaften (2005): S. 12.

⁵⁰ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Berlin (o.J.): o.S., In: <http://www.kvberlin.de/30patienten/10bereitschaftsdienst/index.html>, aufgerufen am 17.06.2012.

⁵¹ Vgl. Arolt, Diefenbacher (2004): S.54.

gestellt. Es soll möglichst jeder Patient einzeln zugeordnet werden können.

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

Tab. 1: Behandlungsbereiche für Erwachsene
(Entnommen aus: § 4 Psych-PV 2012: S. 3.)

Ein Patient, der zum Beispiel heroinabhängig ist und zuvor keine fachgerechte Entzugsbehandlung erhalten hat, wird in den Bereich S2 eingestuft.⁵² Der Gerontopsychiatrie werden Patienten, die älter als 65 Jahre sind, zugeteilt. Zu dem Bereich G2 zählen nach der Anlage 1 zur Psych-PV unter anderem Patienten, die sich selbst psychisch und physisch in Gefahr bringen, aber auch fremde Personen gefährden.⁵³

In Vorbereitung auf die Budgetverhandlung ist vom Krankenhaus eine Stichtagserhebung zu liefern. Diese dient als Grundlage für die Berechnung des Personalbedarfs nach der Psych-PV. Aus der Erhebung ist ersichtlich, wie viele Patienten an dem genannten Stichtag nach den jeweiligen in der Tabelle 1 aufgeführten Behandlungsgruppen zugeordnet sind. Es sind jeweils vier Stichtage für das abgelaufene Kalenderjahr zu melden.⁵⁴ Gemäß § 4 Absatz 3 Psych-PV sind die Erhebungen am dritten Mittwoch des ersten, vierten, siebenten und zehnten Monats im Jahr durchzuführen.⁵⁵ Damit wird eine durchschnittliche Patientenanzahl je Behandlungsbereich berechnet. Diese muss nach der Auslastung der voll- und teilstationären Gesamtbetten angepasst werden. Unter der Annahme, dass im Krankenhaus X die durchschnittliche Patientenzahl in der A1 vollstationär 50 beträgt, die Betten jedoch zu 90

⁵² Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband (2009): S. 8.

⁵³ Vgl. Psychiatrie-Personalverordnung (2012): S. 13.

⁵⁴ Vgl. Möller, Laux, Kapfhammer (2005): S. 235.

⁵⁵ Vgl. Psychiatrie-Personalverordnung (2012): S. 3.

Prozent ausgelastet sind, werden für die weitere Berechnung durchschnittlich 45 Patienten angesetzt.

Die Zahl wird ferner mit den in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Minutenwerten nach Psych-PV multipliziert. Infolgedessen errechnen sich die durchschnittlichen Minuten für die Patienten des Behandlungsbereichs pro Woche. In der Tabelle ist zu erkennen, dass für das Krankenpflegepersonal die höchsten Minutenwerte, wie zum Beispiel in der S2 1.142 Minuten, veranschlagt sind. Aus diesem Grund wird in der Psych-PV festgehalten, dass für das Pflegepersonal zusätzlich je Station und Woche 5.000 Bonusminuten für die Berechnung angesetzt werden. Des Weiteren werden die Bonusminuten je Station mit der Stationsanzahl multipliziert und hinzugezählt.⁵⁶

Behandlungsbereiche	Ärzte	Krankenpflegepersonal	Diplom- Psychologen	Ergotherapeuten	Bewegungs-, Physiotherapeuten, Krankengymnasten	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
A1	207	578	29	122	28	76
A2	257	1118	12	117	29	74
A3	82	376	110	197	29	79
A4	132	734	57	113	27	59
A5	154	198	107	103	31	14
A6	114	51	83	176	17	67
S1	226	557	43	72	35	109
S2	256	1142	55	51	34	153
S3	82	242	110	156	46	175
S4	106	683	80	112	38	77
S5	131	199	100	101	31	48
S6	115	40	81	154	16	101
G1	183	992	26	102	35	75
G2	211	1221	0	78	40	51
G3	84	518	66	85	42	79
G4	100	909	43	72	44	42
G5	119	241	81	76	31	13
G6	115	94	83	167	26	68

Tab. 2: Minutenwerte für Erwachsene
(Entnommen aus: § 5 Psych-PV: S. 5.)

Die Vollkräfteanzahl wird berechnet, indem die Gesamtminuten pro Berufsgruppe über alle Behandlungsbereiche hinweg in der Woche durch die wöchentliche Nettoarbeitszeit in Minuten dividiert werden. Beispielhaft behandelt in dem Krankenhaus X die Berufsgruppe Ärzte 20.208

⁵⁶ Vgl. Psychiatrie-Personalverordnung (2012): S. 5.

Minuten in der Woche durchschnittlich 96 Patienten und hat eine wöchentliche Nettoarbeitszeit im Tarifbereich Ost von 1.970 Minuten je Vollkraft. Aus dieser fiktiven Angabe ergibt sich ein Wert von 10,3 Vollkräften. Bei der Ermittlung der Nettoarbeitszeit ist die Bruttoarbeitszeit um die krankenhausesindividuelle prozentuale Ausfallzeit zu mindern. Das sind die Fehlzeiten, in denen Mitarbeiter für eine gewisse Zeit durch anderes Personal vertreten werden müssen. Dazu zählen unter anderem urlaubs- und krankheitsbedingte Ausfälle sowie der Mutterschutz oder der Erziehungsurlaub.⁵⁷

Für die Ermittlung der leitenden Stellen in den Berufsgruppen Ärzte und Krankenpflegekräfte werden die Vollkräfte für die Ärzte und Diplom-Psychologen addiert und durch den Faktor 8 dividiert.⁵⁸ An dem oben dargestellten Beispiel werden für die Berufsgruppe der Ärzte und der Pfleger je 1,5 leitende Vollkräfte berechnet (10,3 Ärzte addiert mit fiktiven 1,4 Diplom-Psychologen dividiert durch 8). Somit werden in der Berufsgruppe Ärzte innerhalb des Regeldienstes insgesamt 11,7 Vollkräfte nach Psych-PV ermittelt. Nach dem TVöD sind Tätigkeiten, die nicht dem Regeldienst angehören, Sonderformen der Arbeit.⁵⁹ Die Vereinbarung dieser Stellen erfolgt krankenhausesindividuell. Insofern werden je Krankenhaus unterschiedliche Arbeitszeiten angesetzt, wobei für den Bereitschaftsdienst die Zeit der Ärzte und für den Nachtdienst die der Pfleger zugrundegelegt wird. Schlussendlich wird die ermittelte Vollkräfteanzahl mit der vereinbarten Anzahl der Vollkräfte aus dem Vorjahr abgeglichen. Der entstandene Unterschied stellt die Mehrforderung nach Psych-PV dar.

Die Personalermittlung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gestaltet sich nach dem dritten Abschnitt der Psych-PV analog zu der Berechnung für die Erwachsenenpsychiatrie.⁶⁰ Es werden hingegen abweichende Behandlungsbereiche und Minutenwerte nach den folgenden Tabellen 3 und 4 angesetzt.

⁵⁷ Vgl. Heuer (2011): S. 61.

⁵⁸ Vgl. Psychiatrie-Personalverordnung (2012): S. 6.

⁵⁹ Vgl. Bundesministerium des Innern, Vorstand der kommunalen Arbeitgeberverbände, vertragsschließende Gewerkschaften (2005): S. 12.

⁶⁰ Vgl. Psychiatrie-Personalverordnung (2012): S. 7.

KJ1	Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung
KJ2	Jugendpsychiatrische Regelbehandlung
KJ3	Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung
KJ4	Rehabilitative Behandlung
KJ5	Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
KJ6	Eltern-Kind-Behandlung
KJ7	Tagesklinische Behandlung

Tab. 3: Behandlungsbereiche für Kinder und Jugendliche
(Entnommen aus: § 4 Psych-PV 2012: S. 6f.)

Zum Beispiel werden Patienten in die KJ3 nach Tabelle 3 eingestuft, wenn sie psychisch erkrankt sind, sich selbst lebenswichtig in Gefahr bringen, Fremde gefährden und erheblich erregt sind.⁶¹ Zu den Berufsgruppen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zählen gemäß der Tabelle 4 aufgrund der umfassenden stationären Behandlung zusätzlich Erziehungspersonal, Sprachheiltherapeuten und Logopäden.

Behandlungsbereiche	Ärzte	Krankenpflege-, Erziehungspersonal	Diplompsychologen	Ergotherapeuten	Bewegungs-, Physiotherapeuten, Krankengymnasten	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	Sprachheiltherapeuten, Logopäden
KJ1	257	1419	183	137	82	157	33
KJ2	251	1285	180	166	74	122	8
KJ3	321	1876	163	59	21	73	0
KJ4	105	532	80	292	18	91	8
KJ5	144	1541	104	211	96	92	21
KJ6	264	305	179	110	76	148	25
KJ7	247	26	182	128	63	133	26

Tab. 4: Minutenwerte für Kinder und Jugendliche
(Entnommen aus: § 4 Psych-PV 2012: S. 7.)

Die berechneten Vollkräftestellen und die damit ermittelten Mehrkosten für das Personal werden letztendlich in die LKA übertragen und über die tagesgleichen Pflegesätze finanziert.

2.3 Leistungs- und Kalkulationsaufstellung

Nach § 8 Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) hat das Krankenhaus eine Kosten-/Leistungsrechnung durchzuführen. Diese wird erstellt, um unter anderem die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung anfertigen zu können.⁶² Die LKA enthält nach § 17 Absatz 4 BPfIV (alte

⁶¹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband (2009): S. 21.

⁶² Vgl. Krankenhaus-Buchführungsverordnung (2012): S. 5.

Fassung 2012) „Angaben zu den vereinbarten Vergütungen, den Leistungen und den Kalkulationen von Budget und tagesgleichen Pflegesätzen des Krankenhauses.“⁶³ Der Aufbau der LKA wurde dementsprechend vorgenommen. Zunächst enthält die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung die V-Tabellen (vereinbarte Vergütungen), es folgen die L-Tabellen (Leistungsdaten für mehrere Kalenderjahre) und abschließend sind die K-Tabellen (Kalkulationen der Budgets und der Pflegesätze für mehrere Kalenderjahre) zu finden.⁶⁴ Bezugnehmend auf den Anhang 1 – LKA 2012 dienen folgende Erläuterungen zu den einzelnen Tabellenblättern der LKA dem besseren Verständnis.

Die V 1 ist eine Übersichtsseite, die die Vergütungen zusammenfassend darstellt. Ihr sind die Budgets und die Pflegesätze für die laufende Vereinbarung, die Forderung und die zu schließende Vereinbarung zu entnehmen. In der V 4 sind die Erlöse des Krankenhauses aufgeteilt nach den Pflegesätzen für den abgelaufenen Zeitraum dargestellt. Diese Übersicht wird in der Praxis selten vom Krankenhaus geliefert. Sie dient demnach nicht als Anlage zur Vereinbarung. Leistungsübersichten und Personalangaben des Krankenhauses sind in den L-Tabellen enthalten. Die L 1 zeigt die Gesamtbelegungsdaten des Krankenhauses als abgelaufenes Ist, laufende Vereinbarung, Forderung und zu schließende Vereinbarung. Analog zur L 1 ist die L 3 aufgebaut. Sie enthält jedoch die Belegungsdaten für die einzelnen Fachabteilungen. Hier werden die Betten, die Belegungstage und die Fallzahlen angegeben. Damit wird der Nutzungsgrad der Betten (Bettenauslastung) sowie die Verweildauer errechnet. Erst alle Faktoren zusammen lassen Auswertungen zu den Leistungsdaten wie zu den Krankenhauskapazitäten national und international zu.⁶⁵ Zu den Kapazitäten eines Krankenhauses zählt unter anderem das in der L 2 dargestellte Personal. Es werden die Vollkräfte in den einzelnen Berufsgruppen und die durchschnittlichen Kosten je Vollkraft angegeben. Dafür werden die Kosten der Vollkräfte je Berufsgruppe nach K 1 durch die Vollkräfte je Berufsgruppe für den laufenden Pflegesatzzeitraum dividiert. Zu den Personal-

⁶³ Bundespflegesatzverordnung (2012): S. 14.

⁶⁴ Vgl. Bundespflegesatzverordnung (2012): S. 19.

⁶⁵ Vgl. Klauber, Geraedts, Friedrich (2010): S. 182.

gruppen, die bereits nach Psych-PV ermittelt wurden, zählen unter anderem der Ärztliche, der Pflege-, der Medizinisch-technische und der Funktionsdienst. Des Weiteren ist in der L 2 das geforderte und zu vereinbarende Personal zu sehen. Gemäß § 17 Absatz 4 BPfIV haben Krankenhäuser für die Pflegesatzverhandlung eine Diagnosestatistik nach dem Schlüssel des Systematischen Verzeichnisses (ICD-10-GM) des DIMDI zu liefern.⁶⁶ Sie wird in Form der L 4 übermittelt und gibt die Diagnosen anonymisiert und fachabteilungsbezogen nach Anzahl, Verweildauer und Alter des Patienten an. Diese Statistik zeigt, welche Hauptdiagnosen in dem abgelaufenen Kalenderjahr tatsächlich verschlüsselt wurden. Die K-Tabellen enthalten die Kalkulation von Budget und Pflegesätzen, wobei die K 1 und die K 2 analog zu der K 3 aufgebaut sind. In der K 1 ist die Vereinbarung für den laufenden Zeitraum und in der K 2 die Forderung dargestellt. Für die Kostenzusammenfassung der zu schließenden Vereinbarung ist die K 3 vorgesehen. Es werden die Personal- und Sachkosten für den Basis- und Abteilungspflegesatz sowie die innerbetriebliche Leistungsverrechnung angegeben. Entsprechend § 8 KHBV hat das Krankenhaus Kostenstellen nach dem Kostenstellenrahmen für die Kosten- und Leistungsrechnung (KHBV Anlage 5) zu bilden.⁶⁷ Insbesondere ist die innerbetriebliche Leistungsverrechnung für die Kostenstellengruppe 92 – Medizinische Institutionen und für Schreibkräfte und anderes Personal des Funktions- sowie des medizinisch-technischen Dienstes nach BPfIV Anlage 1 – LKA Anhang 2 Fußnote 18 zu erstellen.⁶⁸ Die Angabe erfolgt nach dem Nettoprinzip folglich für rein stationäre Leistungen.⁶⁹ Es dürfen laut § 7 Absatz 2 BPfIV ausschließlich die pflegesatzfähigen Kosten und somit die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Mehrkosten für Personal nach Psych-PV angegeben werden. Zu den nicht pflegesatzfähigen Kosten zählen die vor- und nachstationäre Behandlung, Leistungen des Belegarztes, ärztliche Wahlleistungen, sonstige Leistungen, die von Ärzten berechnet werden können, getrennt bere-

⁶⁶ Vgl. Bundespflegesatzverordnung (2012): S. 14.

⁶⁷ Vgl. Krankenhaus-Buchführungsverordnung (2012): S. 5.

⁶⁸ Vgl. Bundespflegesatzverordnung (2012): S. 35.

⁶⁹ Vgl. Hentze, Kehres (2008): S. 20.

chenbare Unterkunft und nichtärztliche Wahlleistungen.⁷⁰ In der K 4 werden die Kosten für den medizinischen Bedarf aufgeführt. Demnach gibt das Krankenhaus unter anderem die Kosten an, die es für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel verwendet. Es wird nach der Vereinbarung für den laufenden Pflegesatzzeitraum, Forderung und zu schließende Vereinbarung unterteilt. Anhand der Angabe der Belegungstage werden die Kosten je Tag berechnet. Die K 5 gibt eine Übersicht des Budgets für den zu vereinbarenden Zeitraum. Hier wird die Summe der Kostenarten abzüglich der nicht pflegesatzfähigen Kosten ausgewiesen (K 5 Nr. 9). Es wird die Instandhaltungspauschale nach § 17 Absatz 4b KHG addiert. Zu den Instandhaltungskosten zählen unter anderem die für Anlagegüter. Sie werden pauschal mit 1,1 Prozent der pflegesatzfähigen Kosten angesetzt.⁷¹ Weiterhin werden die vereinbarten Erlösausgleiche hinzugezählt. Die in § 8 BPfIV berücksichtigten Investitionskosten werden letztendlich addiert, soweit das Krankenhaus entweder überhaupt nicht oder teilweise nach dem KHG oder den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert wird. Für diesen Fall ist durch das Krankenhaus eine ergänzende Kalkulationsaufstellung Z nach BPfIV Anlage 2 – LKA zu erstellen. Zunächst enthält die Z 1 Abschreibungen auf Anlagegüter. In der Z 2 sind die Rücklagen ausgewiesen. Des Weiteren führt die Z 3 Zinsen für das Fremdkapital und die Z 4 für das Eigenkapital auf. Letztlich ist die Z 5 eine Kalkulation der zusätzlichen Investitionskosten.⁷² In dem Bundesland Berlin werden alle Krankenhäuser gefördert, somit erfolgt keine Übermittlung der Z-Tabellen vom Krankenhaus. Folglich werden diese Tabellen nicht näher erläutert und im Anhang 1 nicht aufgeführt. In der K 6 erfolgt die Berechnung des Basispflegesatzes für den laufenden Vereinbarungszeitraum, die Forderung und den zu schließenden Vereinbarungszeitraum. Die Kosten für den Basispflegesatz aus der K 3 werden um die anteiligen nicht pflegesatzfähigen Kosten verringert. Weiterhin werden die anteilmäßigen Ausgleiche hinzugerechnet. Für die Berechnung des vollstationären Basispflegesatzes wird der ermittelte Budgetanteil ge-

⁷⁰ Vgl. Bundespflegesatzverordnung (2012): S. 7.

⁷¹ Vgl. Krankenhausfinanzierungsgesetz (2012): S. 10.

⁷² Vgl. Bundespflegesatzverordnung (2012): S. 8ff.

samt um die teilstationären Erlöse vermindert und durch die vollstationären Belegungstage dividiert. Der teilstationäre Basispflegesatz wird in der V 1 dargestellt und vereinfacht errechnet (K 6 Nr. 13 dividiert durch L 1 Nr. 6). Die K 7 führt zunächst die Kosten des Abteilungspflegesatzes und der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung für den laufenden Zeitraum, die Forderung und den zu vereinbarenden Zeitraum auf. Der Abteilungspflegesatz wird entsprechend der Basispflegesatzermittlung berechnet. Eine Übersicht nach K 7 ist gemäß der Anzahl der Abteilungen zu erstellen. Demnach gibt es jeweils ein K 7-Blatt für die Allgemeine Psychiatrie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Psychosomatik.

Durch die LKA entsteht eine bessere Transparenz in der Erstellung der Leistungen. Es ist nach ärztlichen, pflegerischen, patientenbezogenen, –nahen und –fernen Leistungen zu unterscheiden. Die ersten Beiden finden am Patienten statt. Die Letzteren sind zusätzliche Leistungen. Patientenbezogene Leistungen sind unter anderem die Versorgung mit Essen und Bettwäsche. Zu den patientennahen Leistungen zählt unter anderem die Versorgung mit Medizinprodukten und zu den patientenfernen der Wirtschaftsbedarf.⁷³ Hieran wird deutlich, welche Kosten für die Behandlung von Patienten und für das Drumherum entstehen.

Zusammenfassend setzt sich das derzeitige Vergütungssystem aus dem flexiblen Budget, den tagesgleichen Pflegesätzen und den Ausbildungskosten nach BPfIV zusammen. Ein weiterer Finanzierungstatbestand ist die Psych-PV, die die Mehrkosten für das Personal berücksichtigt. Die erläuterten Bestandteile werden ferner in der LKA dargestellt und finanziert. Wird das vereinbarte Budget nicht erreicht oder übertroffen, erfolgt ein Ausgleich im darauffolgenden Jahr. Dieser wird über die Pflegesätze abgerechnet.

⁷³ Vgl. Kriegel (2012): S. 111.

3 Neues PSY-Entgeltsystem

Der gesetzliche Auftrag zur Entwicklung dieses Systems wurde im Jahr 2009 mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) erteilt. Es wurden dafür die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung beauftragt.⁷⁴ Bis zum 30.09.2012 soll der Entgeltkatalog durch die Selbstverwaltungspartner vereinbart werden.⁷⁵ Im Gegensatz zur Einführung des DRG-Systems kann und soll das neue System sich nicht aus einem bestehenden weltweiten System entwickeln.⁷⁶ Die Grundzüge des PSY-Entgeltsystems sind tagesbezogene Entgelte, Zusatzentgelte und krankenhausesindividuelle Entgelte, sowie Zu- und Abschläge, Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Entgelte für Leistungen oder besondere Einrichtungen.⁷⁷ Eine Darstellung der Entgelte erfolgt laut dem Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen der Bundesregierung vom 14.03.2012 durch die neu entwickelte Anlage AEB-Psych. Sie enthält die Entgelte gemäß § 17d KHG und die Budgetermittlung mit der Unterteilung in B1 gesamter Betrag und Basisentgeltwert (BEW) für 2013 bis 2016 und folgend B2 erlöstes Budget und BEW ab 2017.⁷⁸ Zudem fällt die Psych-PV zum 01.01.2017 weg.⁷⁹ Die Ziele des neuen PSY-Entgeltsystems sind insbesondere eine Gerechtigkeit in der Vergütung zwischen den Einrichtungen und die Verbesserung der Leistungsqualität. Transparente Leistungen schaffen eine bessere Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser.⁸⁰

⁷⁴ Vgl. Klauber, Geraedts, Friedrich (2010): S. 182.

⁷⁵ Vgl. Laufer, Rummelin (2012): S. 27.

⁷⁶ Vgl. Wöhrmann (2009): S. 176.

⁷⁷ Vgl. Rau (2012): S. 25.

⁷⁸ Siehe Anhang 2: Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB-Psych): S. XXVII

⁷⁹ Vgl. Bundesregierung (2012): S. 21ff.

⁸⁰ Vgl. Schulz-Du Bois, Gohr, Rüter (2011): S.1f.

3.1 Zeitplan

Für die Einführung des PSY-Entgeltsystems wurde ein Zeitplan erarbeitet. Die Bemessung des einzuhaltenden Zeitplans ist angemessen.⁸¹ Die folgende Abbildung zeigt die unterschiedlichen Entwicklungsstufen in den Jahren 2009 bis 2021.

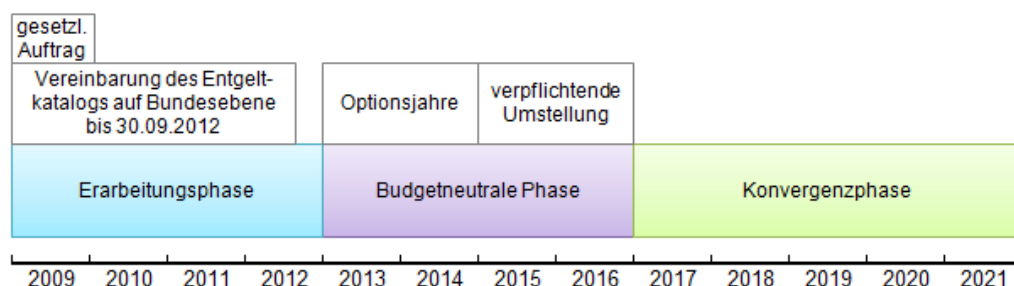


Abb. 1: Zeitplan der unterschiedlichen Entwicklungsstufen
(Eigene Darstellung auf Basis der Bundesregierung 2012: S. 35f.)

Nach dieser Abbildung sind folgende drei Phasen zu unterscheiden: Erarbeitungs-, Budgetneutrale und Konvergenzphase. Sie sind die Etappen zur Entwicklung, Einführung und Umsetzung des Systems.⁸²

3.1.1 Erarbeitungsphase bis Ende 2012

Der gesetzliche Auftrag wurde im Jahr 2009 erteilt. Als Erarbeitungsphase werden die Jahre 2009 bis Ende 2012 bezeichnet.⁸³ Seit diesem Jahr befinden sich die beauftragten Selbstverwaltungspartner in der Entwicklung des PSY-Entgeltsystems. Für die Kalkulation der Entgelte haben diese das InEK zu beauftragen. Im Jahr 2010 wurde durch das InEK ein Kalkulationshandbuch von Behandlungskosten auf Basis eines Pretests zur Kalkulationsmethodik-Entwicklung erstellt. Im Jahr 2011 wurde eine erste Probekalkulation mit freiwilligen Einrichtungen durchgeführt.⁸⁴ Die Resultate aus dem Pretest werden nicht veröffentlicht, sondern ausschließlich zur Weiterentwicklung der Kalkulationsmethodik verwendet. Weiterhin wurden die Ergebnisse der Probekalkulation an

⁸¹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2012): S. 3.

⁸² Vgl. Bundesregierung (2012): S. 35ff.

⁸³ Siehe Kapitel 3 Neues PSY-Entgeltsystem, sowie unter Fn. 74 angegebene Literatur: S. 21.

⁸⁴ Vgl. Bundesregierung (2012): S. 33.

das InEK zur weiteren Systementwicklung übermittelt.⁸⁵ Es wird nach § 17d Absatz 8 KHG eine Begleitforschung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene zu den Auswirkungen des neuen Systems, insbesondere in Bezug auf die Versorgungsqualität und Leistungsverlagerungen, durchgeführt. Die Resultate sollen im Jahr 2014 publiziert werden. Der § 17d KHG legt insgesamt den gesetzlichen Rahmen fest. Demnach ist eine Einführung von anderen Abrechnungseinheiten und eine Einbeziehung von ambulanten Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) zu prüfen. Weiterhin soll das System einen differenzierten Aufwand der Patientenbehandlung darstellen. Es werden Bewertungsrelationen gebildet.⁸⁶ Sinngemäß zum DRG-System gibt eine Bewertungsrelation (auch Relativgewicht genannt) die Fallschwere und somit den unterschiedlichen Behandlungsaufwand an. Es wird von der Messgröße 1,0 ausgegangen, die je nach Schwere der Behandlung steigt oder sinkt.⁸⁷ Diese und die Entgelte sollen auf Bundesebene⁸⁸ einheitlich definiert und bis zum 30.09.2012 vereinbart werden.⁸⁹

3.1.2 Budgetneutrale Phase ab 2013

In dieser Phase kann ein Krankenhaus ab dem Jahr 2013 bis zum Jahr 2014 freiwillig und budgetneutral auf das neue PSY-Entgeltsystem umstellen. Entscheidet sich ein Krankenhaus für das Optionsjahr, erfolgt der Antrag schriftlich bis zum 31.12. jedes Jahr.⁹⁰ Budgetneutralität bedeutet, die neu entwickelten Elemente des Systems haben keine Auswirkung auf die Vereinbarung des Budgets. Die Budgetermittlung erfolgt weiterhin nach dem derzeitigen Prinzip durch die Anpassung des individuell vereinbarten Budgets aus dem Vorjahr an Leistungs- und Kostenschwankungen. Das Gesetz gibt den Einrichtungen Anreize, die die Entscheidung für die Umstellung erleichtern sollen. Zunächst dient eine

⁸⁵ Vgl. GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009): S. 6f.

⁸⁶ Vgl. Krankenhausfinanzierungsgesetz (2012): S. 15ff.

⁸⁷ Vgl. Drukarczyk, Ernst (2011): S. 339.

⁸⁸ Vgl. Bundesregierung (2012): S. 16: Die Vertragsparteien auf Bundesebene sind der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

⁸⁹ Vgl. Krankenhausfinanzierungsgesetz (2012): S. 22f.

⁹⁰ Vgl. Bundestag (2012): S. 1613.

frühzeitige Umstellung der Wissensbereicherung. Des Weiteren erhalten alle Krankenhäuser, für die die Psych-PV Anwendung findet, die Möglichkeit der Nachverhandlung des Personalbedarfs laut § 6 Absatz 4 BpflV (alte Fassung 2012) nach Psych-PV.⁹¹ Ferner wird für die Optionsphase der Mindererlösausgleichssatz angepasst, sodass ein Krankenhaus bei entstandenen Mindererlösen einen Ausgleich zu 95 Prozent erhält. Der Mehrerlösausgleichssatz für sonstige Mehrerlöse beträgt in dieser Phase 65 Prozent.⁹² Ab dem Jahr 2015 erfolgt die verpflichtende Umstellung auf das neue Vergütungssystem desgleichen unter budgetneutralen Bedingungen für alle stationären Krankenhaus-einrichtungen. Es fällt der Anreiz des Ausgleichs von Mindererlösen zu 95 Prozent weg. Folglich werden Mindererlöse entsprechend der Regelung im derzeitigen PSY-Entgeltsystem zu 20 Prozent ausgeglichen.⁹³ Weiterhin werden sonstige Mehrerlöse bis zu fünf Prozent des veränderten Gesamtbetrages zu 85 Prozent und über fünf Prozent zu 90 Prozent ausgeglichen.⁹⁴

3.1.3 Konvergenzphase ab 2017 bis 2021

Bis zum Jahr 2017 werden krankenhausesindividuelle Basisentgeltwerte vereinbart. Der BEW kann analog zum Basisfallwert, der im DRG-System finanziert wird, erläutert werden. Folglich ist dieser der Grundpreis für eine Leistung, die mit dem Relativgewicht 1,0 bewertet ist.⁹⁵ Mit der Konvergenzphase werden die individuellen BEW nun schrittweise an einen Landesbasisentgeltwert (PSY-LBEW) angepasst. Das geschieht durch den Abbau der Abweichung zwischen dem mit dem individuellen BEW bewerteten Erlösbudget und dem Psych-Erlösvolumen, das mit dem neuen Landesbasisentgeltwert berechnet wird.⁹⁶ Die Krankenhäuser konvergieren stufenweise von oben, wenn der BEW über dem PSY-LBEW liegt, oder unten, wenn das Gegenteil vorliegt, an den

⁹¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2012): S. 9.

⁹² Vgl. Bundestag (2012): S. 1615.

⁹³ Vgl. Laufer, Rümmelin (2012): S. 28.

⁹⁴ Vgl. Bundestag (2012): S. 1615.

⁹⁵ Vgl. Busse, Schreyögg, Tiemann (2010): S. 57.

⁹⁶ Vgl. Bundesregierung (2012): S. 36f.

Landesbasisentgeltwert. Somit wird für Krankenhäuser, die unter dem PSY-LBEW liegen, das Budget erhöht. Für Einrichtungen, die über dem Landesbasisentgeltwert liegen, wird das Budget hingegen gekürzt. Um die Budgetminderung abzumildern, wurde eine Kappungsgrenze eingerichtet. Diese beginnt bei einem Prozent und steigt jährlich um 0,5 Prozentpunkte auf insgesamt drei Prozent im Jahr 2021 an.⁹⁷ Nach dieser Kappungsgrenze kann der krankenhaushausindividuelle BEW maximal um die angegebenen Prozente gesenkt werden. Eine fünfjährige Konvergenzphase scheint zu genügen.⁹⁸ Insgesamt führt die Erreichung des Landesbasisentgeltwertes durch alle Krankenhäuser zu einer stärkeren Leistungsorientierung und mehr Gerechtigkeit,⁹⁹ da die Budgets landeseinheitlich bewertet werden und demzufolge die Leistungsschwankungen das Budget signifikant verändern.

3.2 Gesetzentwurf der Bundesregierung

Der vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung wurde am 14.03.2012 veröffentlicht. Er ist gegliedert nach Problem, Ziel, Lösung, Alternativen und Haushaltsausgaben.¹⁰⁰ Im Folgenden wird ausschließlich auf die beiden ersten Punkte eingegangen, da keine Alternativen angegeben werden und die Haushaltsangaben nicht dem Zweck dieser Arbeit dienen. Die psychiatrische und psychosomatische Versorgung bedarf in Deutschland einer Struktur- und einer Vergütungsreform.¹⁰¹ Als Problem wird in dem Entwurf die derzeitige Vergütung des Budgets mit den abteilungsbezogenen tagesgleichen Pflegesätzen definiert. Aktuell werden dementsprechend verschieden aufwendige voll- und teilstationäre Leistungen finanziert. Das Ziel ist, durch die Einführung des neuen PSY-Entgeltsystems, eine pauschalierte und nach Leistungen orientierte Vergütung zu erreichen. Derzeit werden die Budgets kostenorientiert und krankenindividuell vereinbart. Die Lösung ist die Regelung der Eingliederung in die Krankenhausfinanzierung für die Leistungen

⁹⁷ Vgl. Piepenburg, Klever-Deichert, Rau (2012): S. 53.

⁹⁸ Vgl. Laufer, Rümmelin (2012): S. 28.

⁹⁹ Vgl. Bundesregierung (2012): S. 37.

¹⁰⁰ Vgl. Bundesregierung (2012): S. 1f.

¹⁰¹ Vgl. Kunze et al. (2012): S. 176.

der Einrichtungen durch das Gesetz.¹⁰² Es wird schrittweise und unter der Prämisse eines lernenden Systems, indem die gesetzlichen Bedingungen weiterentwickelt und bei Bedarf angepasst werden, umgesetzt.¹⁰³ Durch die Einführung eines pauschalierenden PSY-Entgeltsystems gibt es Gewinner, aber auch Verlierer.¹⁰⁴ Als positives Beispiel ist das DRG-System für somatische Leistungen zu nennen. Durch die DRG ist die adäquate medizinische Versorgung in Krankenhäusern gesichert.¹⁰⁵ Das neue System wird jedoch keine Kopie dieses sein.¹⁰⁶ Die DRG sind vielmehr ein gutes Beispiel für die Funktionstüchtigkeit eines pauschalierenden Systems. In den Artikeln eins bis sieben werden die einzelnen Gesetzesänderungen der Bundesregierung für das KHG und die BPfIV vorgenommen, da diese zur Einführung des Systems nötig sind. Die Psych-PV wird entsprechend aufgehoben. Des Weiteren gibt die Bundesregierung in dem Gesetzentwurf eine Begründung zu den neu geschaffenen Regelungen. Diese beschreibt unter anderem die durch das PSY-Entgeltsystem entstandene Verbesserung der Transparenz über die Leistungen der Krankenhäuser. Dadurch sind eine Untersuchung und eine Optimierung der Versorgungsstrukturen möglich. Folglich sind die Krankenhäuser aufgrund ihrer Leistungen vergleichbar. Des Weiteren sollen die Einrichtungen durch die Verbindung der Vergütung an die Leistung ihre Ressourcen, insbesondere aufgrund der in der Einleitung aufgeführten steigenden psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, effizienter einplanen. Ferner wird die Gerechtigkeit der Vergütungen zwischen den Krankenhäusern gestärkt, da einer aufwendigeren Behandlung eine höhere Vergütung folgt.¹⁰⁷

¹⁰² Vgl. Bundesregierung (2012): S. 1.

¹⁰³ Vgl. Piepenburg, Klever-Deichert, Rau (2012): S. 52.

¹⁰⁴ Vgl. Seyfried (2009): S. 99.

¹⁰⁵ Vgl. Quiske, Lanz, Reker (2010): S. 1.

¹⁰⁶ Vgl. Seyfried (2009): S. 99.

¹⁰⁷ Vgl. Bundesregierung (2012): S.4ff.

3.3 Bestandteile des PSY-Entgeltsystems

Die Eckpunkte des neuen PSY-Entgeltsystems sind insbesondere tagesbezogene Entgelte, die aus den Operationen- und Prozeduren-schlüssel (OPS) und Diagnosen resultieren.¹⁰⁸ Die Deutschen Kodier-richtlinien für Psychiatrien oder psychosomatische Einrichtungen beinhalten Regelungen zur Kodierung der Haupt- und Nebendiagnose und deren Verfahren.¹⁰⁹ Das ist für eine einheitliche Anwendung der Klassi-fikationen von Bedeutung, sodass vergleichbare Leistungen mit dem gleichen Entgelt vergütet werden können.¹¹⁰ Für die Finanzierung wird es einen Entgeltkatalog geben, der bundeseinheitliche Bewertungsrela-tionen ausweist.¹¹¹ Weiterhin werden Zusatzentgelte, krankenhausi-ndividuelle Entgelte, sonstige Entgelte und Zu- und Abschläge finan-ziert.¹¹² Auf die Finanzierung der Ausbildungskosten wird im Folgenden nicht näher eingegangen, da diese mit der Einführung des neuen Sys-tems wie bisher durch § 17a KHG geregelt ist. Auf einen Vergleich der Ausbildungsfinanzierung nach dem derzeitigen und dem neuen Vergü-ungssystem im vierten Kapitel wird daher ebenfalls verzichtet.

3.3.1 Mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte

Für die Kodierung der sogenannten PEPP (Pauschalisiertes Entgelt für die Psychiatrie und die Psychosomatik) spielen Elemente wie Haupt- und Nebendiagnosen nach dem ICD-10-GM und OPS nach dem Sys-tematischen Verzeichnis (OPS) des DIMDI eine Rolle. Die OPS dienen der Angabe von ärztlichen Tätigkeiten.¹¹³ Zunächst erfolgt die Zuord-nung einer Haupt- und eventuell einiger Nebendiagnosen. Gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien (2012) ist die Hauptdiagnose maßgeblich für die stationäre Behandlung des Patienten verantwortlich. Hierbei handelt es sich um die Diagnose, die aus allen Untersuchungen und Eingriffen am Patienten gewonnen wurde. Sie ist nicht zwingend mit der

¹⁰⁸ Vgl. Baumgärtner-Vorderhölzer et al. (2010): S. 40.

¹⁰⁹ Vgl. Schlottmann et al. (2010): S. 1067.

¹¹⁰ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft et al.(2011): S. III.

¹¹¹ Vgl. Heuft, Hildenbrand, Cuntz (2010): S. 23.

¹¹² Vgl. Bundesregierung (2012): S. 37.

¹¹³ Vgl. Grethler (2011): S. 102.

Aufnahme- oder Einweisungsdiagnose gleichzusetzen.¹¹⁴ Als Nebendiagnosen sind hingegen Erkrankungen zu definieren, die entweder zugleich mit der Hauptdiagnose existieren oder während des Krankenhausaufenthaltes auftauchen. Die Diagnostik, eine Therapie oder ein erhöhter Aufwand für die Pflege oder Überwachung geben den Ausschlag für die Einordnung der Diagnose.¹¹⁵

Es sind nach den Deutschen Kodierrichtlinien alle Prozeduren zu kodieren, die vom Aufnahme- bis zum Entlassungstag durchgeführt wurden und im OPS abzubilden sind. Dazu zählen die Prozeduren für die Diagnostik, die Therapie und die Pflege.¹¹⁶ Sie beinhalten unter anderem die Therapiedauer je nach Einteilung des Patienten in die Einzel- oder Gruppentherapie. Dabei entsprechen 25 Minuten Dauer einer Einheit für die Einzeltherapie. Je nach Fallschwere wird ein anderer OPS kodiert, der die Anzahl der Therapieeinheiten angibt.¹¹⁷ Des Weiteren sind in dem OPS die bei dem Patienten durchgeführten Behandlungsmaßnahmen verschlüsselt. Entsprechend dem Systematischen Verzeichnis OPS sind die folgenden in der Abbildung 2 aufgeführten Schlüssel bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen einerseits für Erwachsene und andererseits für Kinder und Jugendliche zu unterscheiden. An dieser Abbildung wird deutlich, dass eine Kodierung des PEPP aus mehreren OPS besteht, die aus unterschiedlichen Gründen zugleich angegeben werden.

¹¹⁴ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft et al. (2011): S. 3.

¹¹⁵ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012): o.S., In: www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=11115, aufgerufen am 04.06.2012.

¹¹⁶ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft et al. (2011): S. 19.

¹¹⁷ Vgl. Heuft, Hildenbrand, Cuntz (2010): S. 24.

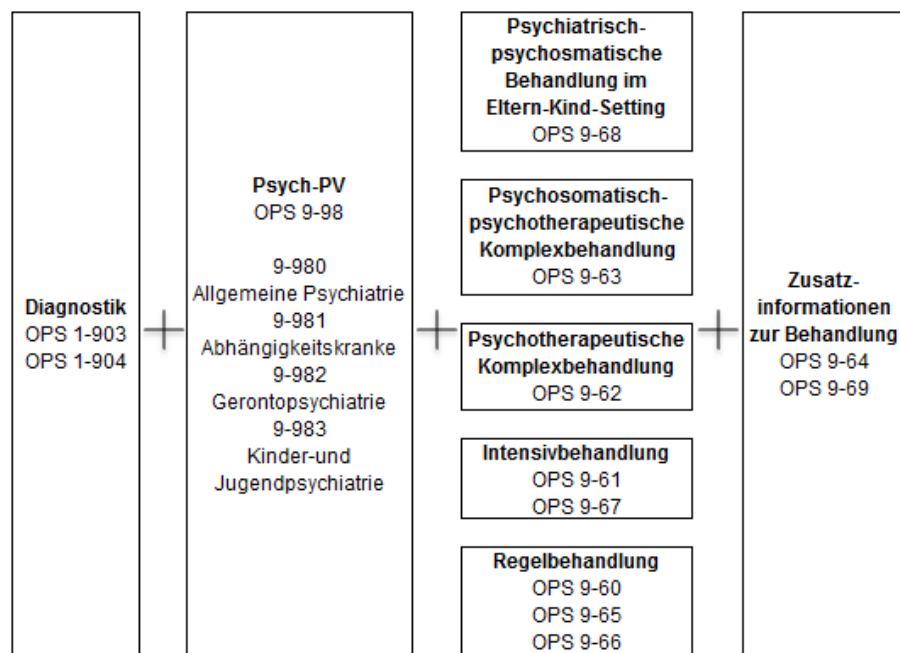


Abb. 2: Darstellung der OPS-Kodierung

(Eigene Darstellung auf Basis vom DIMDI 2011: S. 485ff.)

Anfangs wird der Schlüssel für die Aufwendige Diagnostik für Erwachsene 1-903 oder für Kinder und Jugendliche 1-904 kodiert. Dieser OPS kann für voll- und teilstationäre Patienten täglich, sofern die nach dem DIMDI vorgegebenen Kriterien erfüllt sind, aufgeführt werden.¹¹⁸ Bereits im Jahr 2009 wurde vereinbart, dass die Daten entsprechend § 17d Absatz 9 KHG und der Behandlungsbereiche nach Psych-PV die Entwicklungsbasis des PSY-Entgeltsystems sind.¹¹⁹ Diese sind Leistungskomplexe, wofür tagesbezogene Bewertungsrelationen gebildet werden können.¹²⁰ Folglich geben Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psych-PV liegen, den OPS 9-98 an. Die Einteilung bezeichnen Krüger und Knapp (2010) als Migration.¹²¹ So ist der OPS 9-980.0 für den derzeitigen Bereich A 1 nach Psych-PV anzugeben. Für A 2 ist demnach der OPS 9-980.1 und für den Bereich G 2 der Schlüssel 9-982.1 zu kodieren. Der Code wird zum Behandlungsbeginn und bei jedem Bereichswechsel angegeben.¹²² Weiterhin wird ein OPS für die am Pa-

¹¹⁸ Vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2011): S. 54f.

¹¹⁹ Vgl. GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009): S. 3.

¹²⁰ Vgl. Gaebel, Spiessl, Becker (2009): S. 95.

¹²¹ Vgl. Krüger, Knapp (2010): S. 52.

¹²² Vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2011): S. 518ff.

tienten stattfindende Behandlung kodiert. Es ist nach Regel- und Intensivbehandlung, psychotherapeutischer Komplexbehandlung, Psychosomatisch-psychotherapeutischer oder Psychiatrisch-psychosomatischer Behandlung im Eltern-Kind-Setting zu unterscheiden. Die Therapie des Kindes oder des Jugendlichen gemeinsam mit den Eltern oder Geschwistern wird als Eltern-Kind-Setting bezeichnet. Es wird außerdem nach der Verschlüsselung für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche unterteilt. Der OPS für diese Behandlungen ist einmal pro Woche aufzuführen.¹²³

Schlussendlich geben Krankenhäuser einen Kode aus dem Bereich Zusatzinformationen für Erwachsene oder Kinder und Jugendliche an. Dazu zählen beispielsweise ein erhöhter Betreuungsaufwand oder eine Krisenintervention.¹²⁴ Die Letztere kann bei ungeplanten zusätzlichen Therapieeinheiten kodiert werden. Zusatzinformationen dürfen ausschließlich in Kombination mit einem Behandlungs-OPS je Tag, für den der zusätzliche Aufwand besteht, aufgeführt werden.¹²⁵ Gemäß dem im Gesetzentwurf der Bundesregierung geänderten § 3 Absatz 3 BPfIV wird für die, durch die Verschlüsselung von Diagnosen und OPS, ermittelten PEPP ein krankenhausespezifischer Basisentgeltwert vereinbart. Dieser gilt ferner für Entgelte, die mit Relativgewichten bewertet sind.¹²⁶ Das PEPP wird folglich in einen bundeseinheitlichen Entgeltkatalog eingeordnet. Der Katalog ist nach verweildauerbezogenen Vergütungsgruppen aufgeteilt. Die zu entnehmende Bewertungsrelation ist bei kurzer Verweildauer hoch und sinkt bei steigender Verweildauer.¹²⁷ Sie wird mit dem individuell vereinbarten BEW vervielfacht.¹²⁸ Die entstandene Erlössumme ist ein Teil der Gesamtrechnung des Krankenhauses.

Ab dem Jahr 2017 wird ein Landesbasisentgeltwert auf Landesebene vereinbart. Der individuelle Basisentgeltwert konvergiert von

¹²³ Vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2011): S. 485ff.

¹²⁴ Vgl. Krüger, Knapp (2010): S. 51.

¹²⁵ Vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2011): S. 501ff.

¹²⁶ Vgl. Bundesregierung (2012): S. 8.

¹²⁷ Vgl. AOK-Bundesverband (2012): Workshop am 21.08.2012.

¹²⁸ Vgl. Heuft, Hildenbrand, Cuntz (2010): S. 23.

2017 bis 2021 an den LBEW.¹²⁹ Zur Ermittlung des LBEW dienen die Vereinbarungswerte der Krankenhäuser im jeweiligen Land für das laufende Kalenderjahr als Grundlage. Damit sind insbesondere die Summe der effektiven Bewertungsrelationen (inklusive Zu- und Abschlägen aufgrund von Über- oder Unterschreitung der erkrankungstypischen Verweildauer) und der Erlössummen der Entgelte zu bewerten. Dabei werden unter anderem voraussichtliche Kostenentwicklungen oder nicht kodier bedingte Leistungsveränderungen berücksichtigt.¹³⁰

3.3.2 Zusatzentgelte und krankenhausindividuelle Entgelte

Zusatzentgelte sind, ähnlich wie im DRG-System, Leistungen, die nicht mit den PEPP vergütet werden können. Sie können für teure Medikamente oder die Benutzung von Medikamentenpumpen finanziert werden.¹³¹ Nach der Änderung des § 9 BPfIV im Gesetzentwurf der Bundesregierung wird auf Bundesebene zusätzlich zu dem Katalog der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte, ein weiterer mit ergänzenden Zusatzentgelten inklusive der Vergütungshöhen vereinbart.¹³² Im Gegensatz dazu werden krankenhausindividuelle Entgelte nicht bundeseinheitlich festgelegt.¹³³ Im geänderten § 6 BPfIV des Gesetzentwurfs werden diese Entgelte als sonstige Entgelte bezeichnet. Damit werden Leistungen, die mit den bundeseinheitlich bewerteten Entgelten nicht sachgerecht finanziert werden können, vergütet. Sie werden tages-, fall- oder zeitraumbezogen vereinbart. Zu den sonstigen Entgelten zählen ferner Entgelte für Leistungen oder für besondere Einrichtungen und zur Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB).¹³⁴ Leistungen, die hauptsächlich aus medizinischen Gründen oder aufgrund einer großen Menge an Schwerkranken mit dem bundeseinheitlichen Katalog nicht sachgerecht finanziert werden, sind gemäß § 17b Absatz 1 Satz 15 KHG Leistungen besonderer Einrichtun-

¹²⁹ Siehe Kapitel 3.1.3 Konvergenzphase: S. 24f.

¹³⁰ Vgl. Bundesregierung (2012): S. 16ff.

¹³¹ Vgl. Birkner, Lüttecke, Gürtler (2009): S. 227.

¹³² Vgl. Bundesregierung (2012): S. 16.

¹³³ Vgl. Piepenburg, Klever-Deichert, Rau (2012): S. 54.

¹³⁴ Vgl. Bundesregierung (2012): S. 13f.

gen. Der Paragraf gilt sinngemäß für psychiatrische oder psychosomatische Einrichtungen.¹³⁵

Weichen die tatsächlichen Erlössummen der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte, der Zusatzentgelte, der NUB und der Entgelte für Leistungen oder besondere Einrichtungen aufgrund von Leistungsschwankungen von dem vereinbarten veränderten Gesamtbetrag nach B1 ab, so werden Mindererlöse zu 95 Prozent von 2013 bis 2014 (Optionsjahre) oder zu 20 Prozent ab 2015 ausgeglichen. Für NUB sind ausschließlich 20 Prozent maßgeblich. Mehrererlöse aufgrund einer veränderten Kodierung werden vollständig ausgeglichen. Sonstige Mehrererlöse werden für die Jahre 2013 und 2014 zu 65 Prozent und ab 2015 bis zur Höhe von fünf Prozent des veränderten Gesamtbetrags nach B1 zu 85 Prozent und darüber hinaus zu 90 Prozent ausgeglichen. Abweichungen aufgrund von Preisänderungen (neuer BEW bzw. LBEW) werden zu 100 Prozent ausgeglichen. Für die Berechnung ab 2017 ist das vereinbarte Erlösbudget B2 mit der Erlössumme für NUB zu addieren und mit den tatsächlichen Erlösen zu vergleichen.¹³⁶ Die Ausgleichssätze ab 2015 stellen die derzeitigen Vomhundertsätze nach § 12 BPfIV dar.¹³⁷ Mindererlöse werden nicht ausgeglichen, wenn das Krankenhaus eine verspätete Genehmigung verschuldet.¹³⁸

3.3.3 Zusätzliche Elemente

Als erstes zusätzliches Element ist hier der im § 17b Absatz 5 KHG festgeschriebene DRG-Systemzuschlag zu nennen. Demnach ist der Zuschlag für jeden Krankenhausfall zu finanzieren. Die Einrichtung hat die Einnahmen entsprechend an die Vertragsparteien auf Bundesebene weiterzuleiten. Durch diese Finanzierung wird die Entwicklung des neuen PSY-Entgeltsystems unterstützt.¹³⁹

¹³⁵ Vgl. Krankenhausfinanzierungsgesetz (2012): S. 16.

¹³⁶ Vgl. Bundestag (2012): S. 1615ff.

¹³⁷ Siehe Kapitel 2.1.1 Flexibles Budget: S. 7.

¹³⁸ Vgl. Bundestag (2012): S. 1622.

¹³⁹ Vgl. Krankenhausfinanzierungsgesetz (2012) S. 17f.

Weiterhin enthält der Gesetzentwurf der Bundesregierung Vorschriften zur Qualitätssicherung der Leistungen. Hiernach soll der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Bestimmungen Maßnahmen zur Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualitätssicherung und Indikatoren zur Versorgungsqualitätsbeurteilung entwickeln. Die Indikatoren sind ab 2017 einzuführen. Letztendlich hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung in die Qualitätsberichte der Einrichtungen aufzunehmen lassen.¹⁴⁰ Externe Qualitätssicherung ist die Bewertung jedes einzelnen Krankenhauses anhand von Kriterien durch externe Stellen wie das AQUA-Institut für Qualitätsförderung und Forschung, sowie die Landesgeschäftsstellen. Daraus resultierende Ergebnisse aller Krankenhäuser werden jeder Einrichtung zur Verfügung gestellt.¹⁴¹ Die Qualitätsberichte werden von den Krankenhäusern selbst veröffentlicht. Insgesamt ist die Qualitätssicherung sehr bedeutend, da Patienten das Krankenhaus anhand der Qualität mit anderen vergleichen und folglich ihre Auswahl danach richten können.¹⁴² So ist die ständige Weiterentwicklung der Leistungsqualität primäres Ziel.¹⁴³

Des Weiteren ist hier die sektorenübergreifende Versorgung zu thematisieren. In der psychiatrischen Versorgung soll derzeit das Problem der alleinigen Vergütung im stationären Sektor existieren.¹⁴⁴ Die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sollen überwunden werden.¹⁴⁵ Das neue PSY-Entgeltsystem unterstützt die sektorenübergreifende Versorgungsform durch die Weiterentwicklung von Modellvorhaben. Unter anderem werden solche Vorhaben zur besseren Zusammenarbeit mit Vertragsärzten, zu erstmaligen Formen der Leistungserbringung (Home Treatment) oder zur Versorgung auf Basis des Regionalbudgets genannt. Neu in dem System ist zusätzlich die Eröffnung der Möglichkeit der institutsambulanten Behandlung nach § 118 SGB V für psychosomatische Krankenhäuser.¹⁴⁶ Diese Behand-

¹⁴⁰ Vgl. Bundesregierung (2012): S. 37.

¹⁴¹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2012): o.S., In: www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/extern/stationaer/.

¹⁴² Vgl. Rössing (2009): S. 64.

¹⁴³ Vgl. Belling (2010): S. 32.

¹⁴⁴ Vgl. Mohrmann (2010): S. 28.

¹⁴⁵ Vgl. Lehmann, Lohstroh, Ernst (2010): S. 394.

¹⁴⁶ Vgl. Bundesregierung (2012): S. 37f.

lung wird Patienten gewährt, die aufgrund einer großen Entfernung zu einem anderen Krankenhaus oder wegen der Art, der Schwere oder der Dauer ihrer Krankheit darauf angewiesen sind.¹⁴⁷ Die sektorenübergreifende Versorgung hat eine hohe Bedeutung, da lange Betreuungszeiten und eine Vielzahl an Kontakten die psychiatrische oder psychosomatische Behandlung kennzeichnen.¹⁴⁸ Infolgedessen wurde der § 64b SGB V mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung neu eingeführt.¹⁴⁹

Das Psychiatrie-Entgeltgesetz (PsychEntgG) wurde durch den Deutschen Bundestag in der Sitzung vom 14.06.2012 beschlossen¹⁵⁰ und tritt zum 01.08.2012 in Kraft¹⁵¹. In der neuen Beschlussfassung vom 25.07.2012¹⁵² sind einige Ergänzungen zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 14.03.2012 vorgenommen worden. Die zwei der bedeutungsvollsten Elemente werden im Folgenden aufgeführt. Zum Einen wird die Veränderungsrate ab 2013 durch den sogenannten anteiligen Orientierungswert (Veränderungswert) abgelöst. Dieser neue Wert soll von dem Statistischen Bundesamt erstmals zum 30.09.2012 und anschließend jährlich veröffentlicht werden.¹⁵³ Der Veränderungswert wird nach § 9 Nr. 5 BPfIV (neue Fassung) von den Vertragsparteien auf Bundesebene jährlich vereinbart. Im Falle einer Überschreitung der Veränderungsrate wird der Orientierungswert in Höhe der Grundlohnrate zusätzlich um 40 Prozent des Unterschieds zwischen Orientierungswert und Grundlohnrate erhöht.¹⁵⁴ Damit sollen die Krankenhaus-einrichtungen bessergestellt werden, da in Zukunft neben den Personal- auch die Sachkostensteigerungen von den Kostenträgern teilweise refinanziert werden.¹⁵⁵ Zum Anderen ist eine weitere Maßnahme des Gesetzes die Möglichkeit zur Ermächtigung geriatrischer Institutsambulanzen. Unter geriatrischer Institutsambulanzen sind geriatrische Fachkrankenhäuser, allgemeine Krankenhäuser mit eigenständigen geriatri-

¹⁴⁷ Vgl. Sozialgesetzbuch (2012): S. 35799.

¹⁴⁸ Vgl. Piepenburg, Klever-Deichert, Rau (2012): S. 54.

¹⁴⁹ Vgl. Bundesregierung (2012): S. 30.

¹⁵⁰ Vgl. AOK-Bundesverband (2012): o.S., In: http://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2012/index_08468.html, aufgerufen am 18.08.2012.

¹⁵¹ Vgl. Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (2012): S. 1.

¹⁵² Vgl. Bundestag (2012): S. 1613ff.

¹⁵³ Vgl. Neubert (2012): S. 31.

¹⁵⁴ Vgl. Bundestag (2012): S. 1620.

¹⁵⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2012): S. 7.

schen Abteilungen und Krankenhausärzte zu verstehen.¹⁵⁶ So soll eine ambulante, wohnortnahe und qualifizierte geriatrische Versorgung angestrebt werden. Die stationäre Aufnahme soll dadurch vermieden werden.¹⁵⁷

3.4 Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung

Die LKA wird aufgehoben und die AEB-Psych wird ab 2013 für Optikonkrankenhäuser und ab 2015 für alle Einrichtungen eingeführt.¹⁵⁸ Sie ist im Anhang 2 dargestellt. Das Krankenhaus übermittelt die AEB-Psych in Vorbereitung auf die Budgetverhandlung dreifach. Einerseits werden die Ist-Daten des abgelaufenen Kalenderjahres, andererseits die Ist-Daten des laufenden Jahres und letztlich die Forderungsunterlagen geliefert. Die weiteren Ausführungen zur AEB-Psych beziehen sich auf den Anhang 2. Zunächst werden die Entgelte jeweils eines Kalenderjahres in den Entgeltübersichten (E1 bis E3) dargestellt. Alle mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte sind in der E1 aufgeführt. Sie werden einzeln tages-, zeitraum- oder eventuell auch fallbezogen für Innen- und Überlieger angegeben.¹⁵⁹ Als E1 werden zusätzlich zu den oben angegebenen drei Tabellenblättern die Ist-Daten für das laufende Jahr nach dem Katalog des Vereinbarungsjahres erstellt. Es folgen Zu- oder Abschläge aufgrund der Über- oder Unterschreitung der im Entgeltkatalog für das Entgelt vorgegebenen Verweildauer. Das Ergebnis ist die Summe der effektiven Bewertungsrelation. In der E2 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte des Krankenhauses dargestellt. Hier ist die Angabe der Anzahl und der Entgelthöhe von Bedeutung, um dementsprechend die Erlössumme errechnen zu können. Die E3 gibt die krankenhausesindividuell verhandelten Entgelte an und setzt sich aus der E3.1 für fallbezogene Entgelte, der E3.2 für die Zusatzentgelte und der E3.3 für tagesbezogene Entgelte nach dem durch den Gesetzentwurf geänderten § 6 BPfIV zusammen. In der E3.1 ergibt die

¹⁵⁶ Vgl. Bundestag (2012): S. 1632.

¹⁵⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2012): S. 12.

¹⁵⁸ Vgl. Bundesregierung (2012): S. 21ff.

¹⁵⁹ Vgl. Piepenburg, Klever-Deichert, Rau (2012): S. 54.

Fallzahl multipliziert mit der Entgelthöhe die Bruttoerlössumme. Wird diese um verweildauerbezogene Zu- oder Abschläge geändert, entsteht die Nettoerlössumme. Der Aufbau der E3.2 entspricht dem der E2. Hier werden jedoch ausschließlich krankenhausindividuell verhandelte Entgelte angegeben wie NUB. Für die E3.3 sind die tagesbezogenen Entgelte bedeutend. Für diese werden die Fallzahl, die Tage und die Entgelthöhe eingetragen. Die Tage multipliziert mit der Entgelthöhe ergeben schlussendlich die Erlössumme.¹⁶⁰ Es folgt auf die Darstellung der Entgelte die Budget- und Basisentgeltwertermittlung durch die B1 für die Jahre 2013 bis 2016 und durch die B2 ab 2017, da sinngemäß zum DRG-System die Bewertungsrelation vervielfacht mit dem BEW die Erlössumme ergibt.¹⁶¹ Gemäß des durch die Bundesregierung geänderten § 3 BpflV sind die Regelungen zur Ermittlung des Gesamtbetrages und des krankenhausindividuellen Basisentgeltwertes vorgegeben. Für die Anpassung des Gesamtbetrages ist als Ausgangsbasis die Vereinbarung aus dem Vorjahr maßgeblich. Dieser Wert wird unter anderem um Leistungsverlagerungen (Kosten werden in andere Versorgungsbereiche verlagert), um enthaltene Ausgleichs- und Kosten im Rahmen von Modellvorhaben, die erstmalig vergütet werden, bereinigt. Ferner wird der vereinbarte Gesamtbetrag um neue Ausgleichs- und Berichtigungen verändert. Letztlich folgt eine Verminderung des Erlösbudgets aus E1 und E2 um die Erlöse der E2 und für Überlieger und die Division durch die effektiven Bewertungsrelationen. Dementsprechend wird der krankenhausindividuelle BEW ermittelt.¹⁶²

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung schreibt für die B2 vor, dass der krankenhausindividuelle Basisentgeltwert und das Erlösbudget ab 2017 bis 2021 jedes Jahr zum 1. Januar schrittweise an den LBEW angepasst werden.¹⁶³ Die Berechnungen sind infolgedessen und aufgrund des Entfallens der Budgetneutralität wesentlich umfangreicher.¹⁶⁴ Den Ausgangswert stellt das Erlösbudget des Vorjahres nach dem geänderten § 3 Absatz 2 Satz 4 Nummer 1 BpflV dar. Dieser wird zu-

¹⁶⁰ Vgl. Bundesregierung (2012): S. 23ff.

¹⁶¹ Vgl. Heuft, Hildenbrand, Cuntz (2010): S. 23.

¹⁶² Vgl. Bundesregierung (2012): S. 7f.

¹⁶³ Vgl. AOK Bundesverband (2012): S. 30.

¹⁶⁴ Vgl. Rau (2012): S. 24f.

nächst entsprechend der Faktoren der B1 bereinigt und zusätzlich um Erlöse aus Leistungen nach dem veränderten § 6 Absatz 1 BPfIV angepasst. Für den entstandenen Ausgangswert werden weiterhin zukünftige Leistungsänderungen und der zusätzlich der neu eingeführte Veränderungswert berücksichtigt. Es folgt die Ermittlung des Zielwertes. Dieser wird durch die Bewertung der voraussichtlichen Entgelte im E1-Bereich mit dem LBEW und der Erhöhung um zukünftige Zusatzentgelte berechnet. Aus der Differenz des Ziel- und des Ausgangswertes errechnet sich durch Multiplikation mit der gesetzlich vorgegebenen Prozentzahl für die Kappungsgrenze ein Angleichungsbetrag. Die Kappungsgrenze wird für Krankenhäuser, deren BEW weit über dem LBEW liegt, festgelegt. Ferner wird das aktuelle Erlösbudget berechnet, indem der Ausgangswert um den Angleichungsbetrag verändert wird. Für die folgende Ermittlung des BEW wird das Erlösbudget um die künftigen Erlöse aus Zusatzentgelten, Überliegern und neue Ausgleiche für Vorjahre berichtigt und durch die Summe der effektiven Bewertungsrelationen dividiert.¹⁶⁵

In dem dritten Kapitel wird dargestellt, dass sich das neue PSY-Entgeltsystem aus den E1 bis E3-Entgelten, den zusätzlichen Elementen und den Ausbildungskosten zusammensetzt. Die PEPP und E2-Entgelte sind bundeseinheitlich. Alle weiteren, wie zum Beispiel NUB, sind krankenhausesindividuell zu vereinbaren. Der neue BEW ergibt zusammen mit dem PEPP den Preis, der sich um E3-Entgelte und Zu- oder Abschläge verändert. Alle Entgelte werden über die AEB-Psych dargestellt. Zu den zusätzlichen Elementen zählen die Qualitätssicherung, die sektorenübergreifende Versorgung, die geriatrischen Institutsambulanzen und der anteilige Orientierungswert. Insgesamt ist das neue PSY-Entgeltsystem ein komplexes, aber überschaubares System.

¹⁶⁵ Vgl. Bundesregierung (2012): S. 27.

4 Vergleich der Systeme mit dem Fokus auf das neue PSY-Entgeltsystem

Die Vor- und Nachteile beider Systeme werden mittels eines Vergleiches dargestellt. Hierzu werden die einzelnen Bestandteile kurz gegenübergestellt, um die wesentlichen Inhalte hervorzuheben. So ist zu erkennen, in welchen Punkten das neue PSY-Entgeltsystem positive Veränderungen mit einbringt oder ob ebenfalls verbesserungswürdige Inhalte existieren. Zudem helfen ausgewählte Aspekte aus Stellungnahmen relevanter Institutionen, einen besseren Überblick über das neue PSY-Entgeltsystem zu erhalten und im Anschluss Chancen und Risiken des Systems zu erkennen.

4.1 Gegenüberstellung der signifikanten Inhalte

Die charakteristischen Inhalte des derzeitigen Vergütungssystems sind die tagesgleichen Pflegesätze, die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung und die Psychiatrie-Personalverordnung. Zu den bedeutsamen Elementen des neuen PSY-Entgeltsystems zählen die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte, Zusatzentgelte, krankenhausindividuellen Entgelte, die AEB-Psych und die zusätzlichen Elemente wie die Qualitätssicherung oder die sektorenübergreifende Versorgung.

Folgend werden die tagesgleichen Pflegesätze den neuen Entgelten gegenübergestellt. Die Pflegesätze werden in den Basispflegesatz und den Abteilungspflegesatz unterteilt. Je nach entsprechender Fachabteilung (Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik) und Krankenhaus werden unterschiedliche voll- und teilstationäre Pflegesätze vereinbart. Diese entstehen unter anderem aus dem jeweiligen vereinbarten Budget, den Mehrkosten nach PsychPV und den Ausgleichen. Der Basispflegesatz enthält Kosten für die Unterkunft und Verpflegung und der Abteilungspflegesatz für therapeutische Maßnahmen.¹⁶⁶ Das bedeutende Merkmal ist die tagesgleiche Abrechnung der Pflegesätze nach der Fachabteilung und nicht nach der

¹⁶⁶ Siehe Kapitel 2.1.2 Tagesgleiche Pflegesätze: S. 9f.

Krankheit des Patienten. So ist keine leistungsgerechte Vergütung gegeben, da keine Differenzierung nach der Erkrankung und eventuell auftretenden Komplikationen vorgenommen wird. Das neue PSY-Entgeltsystem hingegen besteht aus den PEPP, den Zusatzentgelten und den krankenhausindividuellen Entgelten. Die PEPP setzen sich aus der Haupt- und den Nebendiagnosen zusammen. Des Weiteren werden die OPS verschlüsselt, die am Patienten durchgeführt wurden. Diese bestehen aus dem Schlüssel für Diagnostik, der je Tag angegeben werden kann und dem OPS für die Psych-PV, wo eine Einordnung in den Behandlungsbereich erfolgt. Dieser Code kann je Behandlungsbeginn und je Bereichswechsel angegeben werden. Weiterhin wird ein OPS für die Behandlung des Patienten einmal pro Woche angezeigt. Zuletzt kann ein Schlüssel für sogenannte Zusatzinformationen (zum Beispiel für einen erhöhten Betreuungsaufwand) nur in Kombination mit einem Behandlungs-OPS und pro Tag, an dem dieser Aufwand besteht, kodiert werden. Das PEPP wird mit dem Basisentgeltwert multipliziert. Durch die verweildauerbezogene Einteilung der PEPP in den Entgeltkatalog werden die Krankenhäuser angeregt, möglichst geringe Verweildauern einzuhalten, um eine möglichst gute Vergütung zu erhalten.¹⁶⁷

Der Vorteil der Abrechnung durch die tagesgleichen Pflegesätze besteht in der Beständigkeit der Finanzierung, da jedes Krankenhaus maximal zwei Basispflegesätze und sechs Abteilungspflegesätze abrechnen kann. Des Weiteren besteht kein Anreiz, eine geringe Verweildauer zu erreichen und daraufhin womöglich mehrere Behandlungsfälle einzureichen. Als Nachteil ist ferner die Nichtberücksichtigung der Erkrankung des Patienten zu sehen. Die einzige Einteilung der Patienten in Behandlungsbereiche erfolgt in der Berechnung der Psych-PV. Das dient jedoch ausschließlich der Personalberechnung.¹⁶⁸ Der Vorteil der Finanzierung durch die PEPP und die weiteren Entgelte ist eine genaue Angabe der Krankheit und Behandlungsmaßnahmen des Patienten je Tag und Fall und somit eine leistungsorientierte Vergütung, was auch umfangreiche Auswertungen zulässt. Der Nachteil hingegen ist der

¹⁶⁷ Siehe Kapitel 3.3 Bestandteile des PSY-Entgeltsystems: S. 27ff.

¹⁶⁸ Siehe Kapitel 2.2 Psychiatrie-Personalverordnung: S. 11ff.

verweildauerbezogene Entgeltkatalog für PEPP. Dieser birgt die Gefahr, dass Krankenhäuser aus einem Behandlungsfall mehrere Fälle generieren, um immer die höhere Bewertungsrelation abrechnen zu können. Zur Diskussion könnte der Bestandteil der Psych-PV dienen. Diese fällt in dem neuen Psych-Entgeltgesetz weg, jedoch können Krankenhäuser einen OPS dafür kodieren und somit abrechnen. Nach dem derzeitigen System werden Mehrkosten nach Psych-PV vereinbart und können anschließend über die Pflegesätze je Krankenhaus abgerechnet werden.

Die Darstellung der Budgets und der Verhandlungstatbestände in Form einer LKA ist krankenhausesindividuell und dient der Berechnung der Pflegesätze. Die AEB-Psych hingegen ist in erster Linie eine Aufstellung des Budgets und der Entgelte. Wobei die PEPP und die Zusatzentgelte nach E2 bundeseinheitlich und die E3 Entgelte krankenhausesindividuell sind. Die B1 und B2 dienen der Ermittlung des individuellen BEW, der ab 2017 bis 2021 in der Konvergenzphase schrittweise an den Landesbasisentgeltwert konvergiert. So werden je Krankenhaus Leistungen vereinbart, die jedoch hauptsächlich bundeseinheitlich vergütet werden. Demzufolge wird eine gerechte, pauschalisierte und leistungsorientierte Krankenhausvergütung angestrebt.¹⁶⁹

Ein Vorteil der Darstellung mittels LKA ist, dass sie über Jahre existiert und schnell alle relevanten Daten generiert werden können. Die Krankenhäuser und Krankenkassen kennen den Aufbau der LKA und wissen die Aussagen zu nutzen. Des Weiteren ist die genaue Kostenaufteilung ein guter Hinweis über die Mittelherkunft und -verwendung des Krankenhauses. Kostensteigerungen sind an den einzelnen Positionen zu erkennen und zuzuordnen. Der Nachteil ist, dass die LKA für jedes Krankenhaus individuell erstellt werden muss und somit unterschiedliche Pflegesätze abgerechnet werden. Vergleiche der Krankenhäuser anhand der LKA und den enthaltenen Pflegesätzen sind kaum möglich, da jedes Krankenhaus unterschiedlich kalkuliert. Die AEB-Psych hat den Vorteil, dass die PEPP und die Zusatzentgelte bundeseinheitlich und demnach für jedes Krankenhaus gleich sind. Lediglich

¹⁶⁹ Vgl. Krankenhausfinanzierungsgesetz (2012): S. 14.

die Leistung an sich, die jedes Krankenhaus individuell erbringen darf, wird unterschiedlich dargestellt. Ein Vergleich der Krankenhäuser mit diesen Entgelten ist möglich und aussagekräftig, da ausschließlich die Menge entscheidend ist. Weiterhin lehnt sich die AEB-Psych an die AEB im DRG-Bereich an und ist somit leicht zu interpretieren. Ein Nachteil ist, dass die AEB-Psych desgleichen für das Krankenhaus einzeln erstellt werden muss. Ferner werden die krankenhausesindividuellen Entgelte verhandelt und je Krankenhaus in Preis und Menge unterschiedlich dargestellt. Die B1 und B2 dienen der Berechnung der Basisentgeltwerte und sind verständlich aufgebaut.

Ein weiterer Vorteil des neuen PSY-Entgeltsystems sind weiterführende zusätzliche Elemente wie die Qualitätssicherung und die sektorenübergreifende Versorgung. Derzeit gibt es für die Qualitätssicherung weder gesetzliche Vorgaben, noch Richtlinien. Der Grund für die neuen Bestimmungen findet sich in der Einführung des neuen PSY-Entgeltsystems. So soll die Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität gesichert werden.¹⁷⁰ Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dafür die Indikatoren festzulegen und die Ergebnisse in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser aufnehmen zu lassen. Zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung werden Modellvorhaben und die Möglichkeit Institutsambulanzen zu bilden, geschaffen. Es können beispielhaft Modellvorhaben zur besseren Zusammenarbeit mit Vertragsärzten entstehen.¹⁷¹ Diese bieten Erleichterungen dienen in erster Linie dem Patienten, denn dieser kann für sich Vorteile aus einer verbesserten Qualität und guten Behandlungsbedingungen ziehen.

4.2 Stellungnahmen ausgewählter Institutionen

Die erste Stellungnahme wurde vom GKV-Spitzenverband am 18.04.2012 veröffentlicht und bezieht sich auf den Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 14.03.2012. Demnach wird die fristgerechte Einführung eines neuen PSY-Entgeltsystems zum Jahr 2013 begrüßt. So-

¹⁷⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2012): S. 10.

¹⁷¹ Siehe Kapitel 3.1.3 Zusätzliche Elemente: S. 33.

mit ist das Wegfallen der Abteilungs- und Basispflegesätze sachgerecht und die Entwicklung der pauschalierten Entgelte führt zu einer verbesserten Leistungsgerechtigkeit und Versorgungsqualität. Der GKV-Spitzenverband bringt an, dass die Krankenhäuser durch die budgetneutrale Phase weder Verluste, noch Gewinne erzielen, da das Budget weiterhin nach dem derzeitigen System vereinbart wird und lediglich die Finanzierung nach dem neuen PSY-Entgeltsystem erfolgt. Im Gegensatz dazu ist die Umstellung für die Kostenträger ausgabenwirksam. Ferner können Verschiebungen der Ausgaben zwischen den Krankenkassen entstehen. Des Weiteren ist die vierjährige budgetneutrale Phase als ausreichend zu sehen und die beiden Optionsjahre auf ein Jahr zu kürzen, um die Entwicklung nicht zu verzögern. Ein weiteres Thema des GKV-Spitzenverbandes stellt die Einführung von NUB dar. Diese wird als kritisch erachtet, da die NUB als Bestandteil der somatischen Finanzierung gesehen werden. Die Befürchtung liegt darin, dass eine Bevorzugung der medikamentösen Behandlung eintreten könnte, da die NUB hauptsächlich in diesem Bereich liegen. Letztlich ist die Streichung der Psych-PV zur Entwicklung der Vergütungsformen notwendig.¹⁷² Der AOK-Bundesverband hat in seiner Stellungnahme vom 18.01.2012 hauptsächlich die gleichen Ansichten wie der GKV-Spitzenverband. So ist das Psych-Entgeltgesetz wichtig für eine transparente und leistungsorientierte Finanzierung. Ebenfalls ist die Einführungszeit insgesamt zu kürzen. Laut dem AOK-Bundesverband sollte die Optionsphase unter Beibehaltung der budgetneutralen Phase generell gestrichen und die Konvergenzphase auf vier Jahre verkürzt werden, um einen schnellen Umstieg zu unterstützen und Lerneffekte vorzuziehen. Ferner werden die sektorenübergreifende Versorgung und die Qualitätssicherung begrüßt.¹⁷³ Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) begrüßt in seiner Stellungnahme vom 07.11.2011 ebenfalls die sektorenübergreifende Versorgung. Als Nachteil sieht der vdek jedoch, dass die Änderungen in der BPfIV zu sehr an das KHEntgG anlehnen und daraus resultierend können sich die Fehler bei der Einführung des DRG-Systems ebenso

¹⁷² Vgl. GKV-Spitzenverband (2012): S. 5ff.

¹⁷³ Vgl. AOK-Bundesverband (2012): S. 5ff.

im Psychriatriebereich wiederholen. Das Aufheben der Psych-PV wird vom vdek befürwortet.¹⁷⁴

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft gibt in ihrer vorläufigen Stellungnahme vom 16.04.2012 die schnelle Einführung des PSY-Entgeltsystems zum 01.01.2013 als bedenklich an. Sie begrüßt jedoch, dass die Einführungsphasen von der budgetneutralen bis zur Konvergenzphase angemessen sind, da der Gesetzgeber auf die Eigenheiten der Versorgung in der Psychiatrie Rücksicht nimmt. Auch die beiden Optionsjahre sind notwendig, da die Krankenhäuser die Wahl haben, trotz fehlender Erprobung des PSY-Entgeltsystems, zeitig umzusteigen. Gemäß der Stellungnahme der DKG sind die Ausgleichregelungen ab 2015 nicht nachvollziehbar.¹⁷⁵ Diese betragen für Mindererlöse 20 Prozent und für Mehrererlöse 85 Prozent beziehungsweise 90 Prozent.¹⁷⁶ Die Mehrererlöse sind schlechter angesetzt als im somatischen Bereich und Kostenunterdeckungen können eintreten. Für akzeptabel hält die Deutsche Krankenhausgesellschaft einen Mindererlösausgleichssatz in Höhe von 40 Prozent und nicht wie derzeit vorgesehen von 20 Prozent und einen Mehrererlösausgleichssatz in Höhe von 65 Prozent.¹⁷⁷ Das neue PsychEntgG sieht vor, dass der Ausgleich von Mindererlösen wegfällt, wenn das Krankenhaus für eine verspätete Genehmigung verantwortlich ist.¹⁷⁸ Die DKG lehnt diese Regelung ab, da es nicht sachgerecht ist, sobald eine Vertragspartei benachteiligt wird. Weiterhin begrüßt die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung. Ferner wird zu dem Thema der Qualitätssicherung geäußert, dass der neue § 137 SGB V nicht notwendig ist, da der Gemeinsame Bundesausschuss längst an der Anfertigung solcher Richtlinien arbeitet. Eine sektoren- und einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung wird unterstützt.¹⁷⁹ Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) unterstützt in ihrer Stellungnahme vom 02.04.2012 das neue PSY-Entgeltsystem. Unter anderem werden die

¹⁷⁴ Vgl. Verband der Ersatzkassen e.V. (2011): S. 3f.

¹⁷⁵ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2012): S. 3ff.

¹⁷⁶ Siehe Kapitel 3.1.2 Budgetneutrale Phase: S. 24.

¹⁷⁷ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2012): S.15.

¹⁷⁸ Vgl. Bundestag (2012): S. 1622.

¹⁷⁹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2012): S. 27ff.

Einführung der Qualitätssicherung und die sektorenübergreifende Versorgung positiv bewertet.¹⁸⁰ Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) begrüßt in ihrer Stellungnahme vom 05.12.2011 die Einführung eines Basisentgeltwertes und die angemessenen Dauern der budgetneutralen und der Konvergenzphase. Ferner stimmen wesentliche Bestandteile des PSY-Entgeltsystems zu sehr mit dem DRG-System überein. Folglich wird die Versorgung von psychisch Kranken nicht ausreichend sein. Die Grundlagen zur Qualitätssicherung hingegen werden befürwortet.¹⁸¹

Die Stellungnahme des Bundesrates vom 02.03.2012 bewertet die sektorenübergreifende Versorgung und die ausreichenden Anpassungszeiten ebenfalls als positiv. Er weist darauf hin, dass die Maßnahmen zu Qualitätssicherung auch auf psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche zutreffen.¹⁸² Die letzte anzubringende Stellungnahme wurde von der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) am 05.12.2011 verfasst. Demnach kann ein pauschalierendes Entgeltsystem bei Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsverläufen an Grenzen stoßen. Es müssen verschiedene Behandlungsaufwände mit medizinisch unterschiedlichen Patientengruppen abgebildet werden. Des Weiteren ist die Einführung zum Jahr 2013 zu kurzfristig. Ver.di hält eine Umsetzung zum Jahr 2014 für sinnvoll. Die Dauer der Konvergenzphase ist realistisch. Letztlich lehnt ver.di die Aufhebung der Psych-PV zum 01.01.2017 ab, da die Krankenhäuser bereits vor der Einführung des Systems Personal abbauen und daraus Probleme in der Qualität entstehen werden.¹⁸³

4.3 Chancen und Risiken des neuen PSY-Entgeltsystems

In Bezug auf die Einführung des neuen PSY-Entgeltsystems sind die angemessenen Phasen¹⁸⁴ als Chance zu sehen. Die budgetneutrale

¹⁸⁰ Vgl. Bundespsychotherapeutenkammer (2012): S. 3ff.

¹⁸¹ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde: S. 2ff.

¹⁸² Vgl. Bundesrat (2012): S. 2f.

¹⁸³ Vgl. Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2011): S. 2ff.

¹⁸⁴ Siehe Kapitel 3.1 Zeitplan: S. 22.

Phase schafft Bedingungen, die die Einführung erleichtern. In diesen vier Jahren wird das Budget nach dem derzeitigen System verhandelt und vereinbart. Lediglich die Finanzierung erfolgt über das neue PSY-Entgeltsystem. Demnach sind eventuell auftretende Fehler in der Weiterentwicklung ohne Risiko zu beheben. Das PSY-Entgeltsystem wird als lernendes System eingeführt, das zuvor in der DRG-Einführung erprobt wurde¹⁸⁵ und allen Beteiligten viel Zeit für ständige Verbesserungen einräumt. Zudem gibt es in den ersten beiden Optionsjahren Anreize für die Krankenhäuser, frühzeitig umzusteigen. Die geänderten Ausgleichssätze für Mehr- oder Mindererlöse¹⁸⁶ kommen den optierenden Krankenhäusern zusätzlich zur Budgetneutralität zu Gute und helfen bei der Entscheidung. Die vom Gesetzgeber vorgegebene Begleitforschung¹⁸⁷ trägt zu einer sicheren Einführung bei, da dort alle negativen und positiven Auswirkungen, sowie die funktionierenden Prozesse aufgenommen und veröffentlicht 2014 werden, sodass eine Anpassung erfolgen kann. Ferner sorgen die psychosomatischen PIAs und die geriatrischen Institutsambulanzen für die Unterstützung des Grundsatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung, dass ambulante Leistungen vor den stationären Leistungen kommen (§ 39 SGB V). Damit wird für eine ambulante Versorgung der Patienten und eine Vermeidung von stationären Aufenthalten gesorgt.¹⁸⁸ Zusätzlich ist die Ablösung der Veränderungsrate durch den anteiligen Orientierungswert als Chance für die Krankenhäuser zu sehen. Damit werden die Krankenhäuser künftig wirtschaftlich unterstützt. Durch sozial bemessene Entgelte werden zusätzliche Ausgabenbelastungen der Krankenkassen nicht zu sehr ausgeweitet.¹⁸⁹ Allgemein schafft das neue Entgeltssystem Leistungsanreize und Wettbewerbsförderung.¹⁹⁰ Die Qualitätsmaßnahmen, die Pauschalierung des Systems und der spätere einheitliche LBEW tragen zur Wettbewerbsstärkung bei, da alle Leistungen gleich bewertet und die Qualitätsberichte veröffentlicht werden. Laut der Pressemittei-

¹⁸⁵ Vgl. Rau (2012): S. 52.

¹⁸⁶ Siehe Kapitel 3.1.2 Budgetneutrale Phase: S. 24.

¹⁸⁷ Siehe Kapitel 3.1.1 Erarbeitungsphase: S. 23.

¹⁸⁸ Vgl. Sozialgesetzbuch (2012): S. 35664.

¹⁸⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2012): o. S.

¹⁹⁰ Vgl. Schulz-Du Bois, Gohr, Rüter (2011): S. 14.

lung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 11.06.2012 werden die Leistungen durch die Qualitätssicherung transparenter und effizienter. Es folgt eine Verbesserung der Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Krankenhäusern.¹⁹¹

Die Umstellung auf das neue PSY-Entgeltsystem kann eine Chance, aber auch ein Risiko sein. Sowohl die Krankenhäuser, als auch die Krankenkassen müssen hausinterne Prozesse neu gestalten, ihr Wissen ständig erweitern und neue Datenerfassungssysteme einführen. Eine Teilnahme der Kalkulation vom InEK kann zur eigenen Mitgestaltung führen.¹⁹² Das kann einerseits eine positive Umgestaltung werden, aber auch viele Anwendungsfehler mit sich bringen. So wird es Verlierer, aber auch Gewinner geben.¹⁹³ Wichtig ist, dass die Krankenhäuser die Bandbreite ihrer Leistungen kennen, um zur richtigen Zeit Anpassungen vornehmen zu können.¹⁹⁴ Ein Wegfall des Mindererlösausgleichs bei verspäteter Genehmigung¹⁹⁵ seitens des Krankenhauses ist einerseits eine Chance, da folglich die Fristen eingehalten und rechtzeitige Genehmigungszeitpunkte damit unterstützt werden. Andererseits kann es als Risiko für die Krankenhäuser betrachtet werden, da diese dadurch unter Druck stehen, eine schnelle Genehmigung anzustreben. Es existieren sicherlich auch Gründe, die nicht vom Krankenhaus verschuldet sind, wie eine Arbeitsunfähigkeit des Geschäftsführers. Der Wegfall der Psych-PV ist ebenfalls eine Chance, aber zugleich ein Risiko, was zur Folge hat, dass für Krankenhäuser ab dem Jahr 2017 die Nachverhandlungsmöglichkeit nach § 6 Absatz 4 BPfIV (jetzige Fassung) nicht mehr gegeben ist und es somit zu Personalabbau führt, da entsprechendes Mehrpersonal nicht ausreichend finanziert wird.¹⁹⁶ Dem gegenüber steht das PEPP, welches sich aus mehreren OPS zusammensetzt. Krankenhäuser, die im Anwendungsbereich der Psych-PV liegen, können zusätzlich einen OPS abrechnen. Allerdings stellt sich

¹⁹¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2012): o. S.

¹⁹² Vgl. Rau (2012): S. 55.

¹⁹³ Vgl. Holder, Bader (2011): S. 65.

¹⁹⁴ Vgl. Gaede (2011): S. 10.

¹⁹⁵ Vgl. Psychiatrie-Entgeltgesetz (2012): S. 1622.

¹⁹⁶ Vgl. Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2011): S. 3.

hier die Frage, inwieweit dieser Schlüssel zu einer Vergütungserhöhung führt.¹⁹⁷

Laut der Pressemitteilung des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) vom 01.08.2012 ist das PSY-Entgeltsystem dem DRG-System zu ähnlich. Jeder Patient hat einen anderen Krankheitsverlauf und dieser wird nun in Pauschalen finanziert. Weiterhin steigt die Anzahl an psychisch Kranken jedes Jahr und Mehrerlöse werden bis 2015 nur zu 35 Prozent bezahlt. Dadurch entsteht eine Finanzierungslücke, die die Krankenhäuser aus ihren eigenen Mitteln füllen müssen.¹⁹⁸ Zusätzlich wächst der Entwicklungsdruck für die Krankenhäuser und die Krankenkassen, da sie verpflichtet sind, rechtzeitig neue Systeme zu implementieren. Erbrachte Leistungen müssen künftig genauer angegeben werden.¹⁹⁹ Ein weiteres Risiko besteht in der Anwendung des neuen PEPP-Kataloges. Dieser ist nach dem jeweiligen PEPP unterteilt. Je nach Verweildauer wird eine Vergütungsstufe angezeigt, die mit einer Bewertungsrelation hinterlegt ist. Diese sinkt bei steigender Verweildauer. Somit stellt das die Gefahr dar, dass Krankenhäuser die Behandlungsfälle verkürzen oder in mehrere Aufenthalte splitten, um eine höhere Finanzierung zu erhalten.²⁰⁰ Der VKD äußert weiterhin in seiner Pressemitteilung vom 14.06.2012, dass schon im DRG-System die Fallpauschalen zu einem Sinken der Verweildauern führten. Für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik bedeutet das, dass Behandlungen verkürzt werden müssen und so die Patienten nicht ausreichend medikamentös und psychiatrisch versorgt werden können. Folglich wird die Wiederaufnahmequote steigen. Die Verweildauern können nicht anhand von Pauschalen abgebildet werden, sondern müssen fallindividuell betrachtet werden.²⁰¹ Folglich unterstützen zwei Bestandteile den Prozess der Verweildauerverkürzung. Zusätzlich könnte die Vereinbarung und die Finanzierung von NUB als Risiko gesehen werden, da die NUB Finanzierung dem DRG-Bereich angehören. Krankenhäuser könnten die medikamentöse Behandlung

¹⁹⁷ Siehe Kapitel 3.3.1 Mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte: S. 29.

¹⁹⁸ Vgl. Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (2012): o. S.

¹⁹⁹ Vgl. Clade (2012): S. 1008f.

²⁰⁰ Siehe Kapitel 3.3.1 Mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte: S. 30.

²⁰¹ Vgl. Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (2012): o. S.

der therapeutischen vorziehen, da die NUB hauptsächlich aus dem medikamentösen Bereich stammen.²⁰²

Grundsätzlich sind die zwei Systeme sehr unterschiedlich. Für beide gibt es Vor- und Nachteile. Die Stellungnahmen ausgewählter Institutionen haben gezeigt, dass die Vertragspartner teilweise verschiedene Meinungen zu den Bestandteilen des neuen PSY-Entgeltsystems haben. In Bezug auf den Zeitplan sind sich die Vertragsparteien jedoch hauptsächlich einig, dass dieser auf jeden Fall ausreichend ist. Die Einführung eines neuen Systems wird prinzipiell begrüßt. Es existieren viele Chancen, dass Verbesserungen in der Vergütung entstehen. Andererseits gibt es ebenfalls Risiken für die Krankenhäuser und die Krankenkassen, da die Entwicklung nicht abgeschlossen ist. Die Finanzierung mittels des neuen Systems liegt in der Zukunft und wurde nicht in vollem Umfang getestet.

²⁰² Siehe Kapitel 4.2 Stellungnahmen ausgewählter Institutionen: S. 42.

5 Zusammenfassung – Fazit – Ausblick

Ein Vergleich von zwei psychiatrischen und psychosomatischen Vergütungssystemen ist, aufgrund der Steigerung der psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren, von großer Bedeutung. Der Anstieg bewirkt folglich entsprechend höhere Ausgaben im Gesundheitssektor. Krankenhäuser müssen mehr Patienten behandeln und benötigen dafür monetäre Unterstützung durch die Kostenträger. Für die Krankenkassen bedeutet das eine Steigerung der Gesundheitsausgaben beziehungsweise der Ausgaben für Krankenhausbehandlungen. Demzufolge muss ein neues Vergütungssystem umfänglich überlegt sein. Krankenhäuser sollten eine gerechte Finanzierung für die erbrachten Leistungen erhalten, ohne Verluste einbüßen und eventuell einen Personalabbau und damit Einschränkungen in der Qualität hinnehmen zu müssen. Das würde zum Nachteil der Patienten geschehen. Für die Krankenkassen sind immerwährende Erhöhungen der Ausgaben ebenfalls ein finanzielles Risiko, da diese schlussendlich nicht mehr getragen werden können. Der Krankenhausbereich ist einer der größten Finanzierungsbereiche in der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit ist er am kostenintensivsten.

Die erste Zielsetzung bestand in der Untersuchung, ob das neue PSY-Entgeltsystem leistungsorientiert ist. Weiterhin sollte geprüft werden, ob eine gerechte Vergütung erzielt und inwieweit die Leistungsqualität verbessert wird. Dazu wurde zunächst das derzeitige Vergütungssystem mit seinen Bestandteilen und Funktionsweisen erläutert. Ferner wurde das neue PSY-Entgeltssystem dargestellt und durchleuchtet. Die Erklärung reicht von dem Zeitplan zur Einführung des Systems bis zu den einzelnen Inhalten. Folglich entstand aus den gesammelten Erkenntnissen ein Vergleich der beiden Entgeltsysteme, der die Vor- und Nachteile ausgewählter Kriterien herausstellt. Ebenfalls dienen Stellungnahmen von verschiedenen Institutionen der Pro- und Kontradarstellung des neuen PSY-Entgeltssystems. Schließlich wurden die Chancen und Risiken näher erläutert.

Zusammenfassend wurden folgende Erkenntnisse aus der Ausarbeitung gewonnen. Zum einen ist die Frage der Leistungsorientierung mit einem klaren Ja zu beantworten. Es werden neue Entgelte entwickelt, die das Leistungsspektrum der psychischen und psychosomatischen Einrichtungen, sowie der Krankenhäuser mit einer psychischen sowie psychosomatischen Fachabteilung abbilden. Wenn das Krankenhaus einen psychisch kranken Patienten aufnimmt, gibt es die Diagnosen und OPS an, aus denen sich das PEPP zusammensetzt und weitere Entgelte, die zusätzlich erbracht wurden. Die Rechnung wird von den Krankenkassen auf Unstimmigkeiten geprüft und gegebenenfalls bezahlt. Somit kann das Krankenhaus das, was es erbringt auch abrechnen, sobald die Prüfung der Krankenkassen positiv ausfällt. Die Frage der Vergütungsgerechtigkeit ist hingegen nicht eindeutig zu bejahen. Einerseits besteht eine Gerechtigkeit in der Vergütung, da die erbrachte Leistung direkt finanziert wird. Andererseits kann ohne Auswertungen von Vorjahren keine konkrete Aussage darüber gemacht werden, ob die kalkulierte Vergütung der einzelnen Entgelte auch tatsächlich dem Aufwand entspricht, den das Krankenhaus dafür aufbringen muss. Des Weiteren ist hier der verweildauerbezogene Entgeltkatalog für PEPP zu nennen. Diesem wird unterstellt, dass Krankenhäuser ihre Krankenhausfälle verkürzen oder aufteilen, um eine höhere Vergütung zu erhalten. Die Frage der verbesserten Leistungsqualität ist ebenfalls nicht eindeutig zu beantworten. Durch die neuen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss wird die Qualitätssicherung geprüft und veröffentlicht. Jedoch ist abzuwarten, welche Auswirkungen der Wegfall der Psych-PV tatsächlich hat. Sollte das zu einem Personalabbau führen, würde das die Qualität der Leistungen verschlechtern. Letztlich hat der Vergleich der beiden Systeme gezeigt, dass die Bestandteile sehr verschieden sind. Jedes Vergütungssystem hat eine andere Finanzierungsweise. Das derzeitige Vergütungssystem ist allerdings ganz klar als unzureichend zu betrachten, da dort keine Leistungsorientierung gegeben ist. Es bildet nicht im gesamten Umfang die Finanzierung der Leistungen ab, die die Krankenhäuser erbringen. Durch die individuellen Vereinbarungen der Vergütungen können Krankenhäuser nicht mit-

einander verglichen werden. Das neue PSY-Entgeltsystem hingegen ist durch die bundeseinheitlichen Entgelte vergleichbar. Demnach werden alle Krankenhäuser auf ein Niveau gebracht. Verhandlungsspielräume existieren insbesondere bei der Vereinbarung der Leistungsmenge und der krankenhausesindividuellen Entgelte. Es gibt die Chance, die Finanzierung von erbrachten Leistungen zu verbessern.

Ergänzend werden neue Fragestellungen, die während der Untersuchung aufgetreten sind, aufgeführt. Was geschieht bei der Vereinbarung von NUB? Die NUB könnten zu einer Bevorzugung der medikamentösen Behandlung führen. Ist die Regelung des Wegfalls des Mindererlösausgleiches bei verspäteter Genehmigung seitens des Krankenhauses sachgerecht? Bei dieser Regelung wird ein Verhandlungspartner benachteiligt. Was wird der verweildauerbezogene PEPP-Katalog für Auswirkungen auf die Abrechnung und die Ausgaben der Krankenkassen haben? Der gesetzlichen Krankenversicherung könnte ein Nachteil entstehen, da die Krankenhäuser eventuell höhere Vergütungen erhalten. Ist das neue PSY-Entgeltsystem dem DRG-System zu ähnlich? Es ist zu befürchten, dass die unterschiedlichen Behandlungsverläufe der einzelnen Patienten nicht umfänglich abzubilden sind.

Letztlich gibt der gesetzliche Rahmen durch das Zulassen von Modellprojekten die Möglichkeit, Leistungen über andere Wege zu finanzieren. Hierzu kann jedes Krankenhaus ein individuelles Projekt mit den Krankenkassen verhandeln, dass über mehrere Jahre zur Finanzierung kommt. Weder das derzeitige, noch das neue System werden in diesem Fall angewendet. Diese Formen werden Regionales Psychiatrieprojekt genannt und jedem Krankenhaus als Alternative angeboten. Doch der Aufbau eines gänzlich neuen Systems ist sehr zeitaufwendig und bedarf viel Geduld. Dementsprechend ist der Umstieg auf das PSY-Entgeltsystem sicherlich die einfachere Variante. Krankenhäuser können sich untereinander austauschen und aufgrund des lernenden Systems Fehler schnell beheben, beziehungsweise zukünftig vermeiden.

Literaturverzeichnis

- AOK-Bundesverband (2012): Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Gesetzentwurf für ein Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG).
- AOK-Bundesverband (2012): Pressemitteilung: AOK zum Psych-Entgeltgesetz, In: http://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2012/index_08468.html.
- AOK-Bundesverband (2012): Workshop: Austausch der AOKs zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, am 21.08.2012, Berlin.
- Arolt, V., Diefenbacher, A. (2004): Psychiatrie in der klinischen Medizin: Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik, und -psychotherapie, Darmstadt.
- Baumgärtner-Vorderholzer, R., Morar, R., Keller, C., Mutter, C. (2010): KU Gesundheitsmanagement: Bereit für die Psych-DRGs?, 5. Ausgabe.
- Behrends, B. (2009): Praxis des Krankenhausbudgets nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, Berlin.
- Belling, R. (2010): KU Gesundheitsmanagement: Die Prognosen verlangen neue Konzepte: Vitos befürchtet Erlöseinbußen und rüstet auf, 6. Ausgabe.
- Berliner Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen (2011): Genehmigungsbescheid Nr.55/11: Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlages sowie die Höhe des Ausgleichsfonds für das Jahr 2012 gemäß der Rahmenvereinbarung nach § 17a Abs. 5 Nr. 1 bis 3 KHG („Jahresvereinbarung“), Berlin.
- Birkner, B., Lüttecke, H., Gürtler, J. (2009): Kaufmann/Kauffrau im Gesundheitswesen: Lehrbuch zur berufsspezifischen Ausbildung, 3. Auflage, Stuttgart.

- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Informationen zum Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG).
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Pressemitteilung Nr. 40: Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen beschlossen, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Pressemitteilung: Verbesserte Finanzierung der Krankenhäuser in Deutschland, Berlin.
- Bundesministerium des Innern, Vorstand der kommunalen Arbeitgeberverbände, vertragsschließende Gewerkschaften (2005): Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst.
- Bundespflegegesetzverordnung 2012.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2012): Stellungnahme.
- Bundesrat (2012): Stellungnahme des Bundesrates Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG).
- Bundesregierung (2012): Gesetzentwurf, 17/8986.
- Bundestag (2012): Bundesgesetzblatt Jahrgang 2012 Teil I Nr. 35: Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG), Bonn.
- Busse, R., Schreyögg, J., Tiemann, O., (2010): Management im Gesundheitswesen, 2. Auflage, Berlin, Heidelberg.
- Clade, H. (2012): Deutsches Ärzteblatt: Hohe Anforderungen an die Leistungsdokumentation, 20. Ausgabe.
- Debatin, J. F., Ekkernkamp, A., Schulte, B. (2010): Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden, Berlin.

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2011): Stellungnahme der DGPNN zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2012): Vorläufige Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG), Berlin.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband (2009): Konsentierter Entwurf der Fachebenen der DKG und des GKV-Spitzenverbandes (SEG4/KCPP): Spezielle Eingruppierungsregeln/-richtlinien-Psych-PV zu §17d.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2011): Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych): Allgemeine Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, Version 2012.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2011): ICD-10-GM: Version 2012: Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2011): OPS: Version 2012: Systematisches Verzeichnis: Operationen- und Prozedurenschlüssel: Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS).
- Drukarczyk, J., Ernst, D. (2011): Branchenorientierte Unternehmensbewertung, 3. Auflage, München.

- Gaeberl, W., Spiessl, H., Becker, T. (2009): Routinedaten in der Psychiatrie: Sektorenübergreifende Versorgungsforschung, Heidelberg.
- Gaede, K. (2011): kma: Lassen Sie sich nicht von Befürchtungen leiten, 12. Ausgabe.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2012): Externe stationäre Qualitätssicherung, In: www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/extern/stationaer/.
- Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2012): Haupt- und Nebendiagnose, In: www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=11115.
- GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2011): Grundsätze zur Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), Berlin und Köln.
- GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009): Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG (Psych-Entgeltsystem).
- GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherungen, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2011): Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 1 BPfIV i. V. m. § 6 Abs. 2 BPfIV für den Pflegesatzzeitraum 2011.
- GKV-Spitzenverband (2011): Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.
- GKV-Spitzenverband (2012): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes, Berlin.

- Grethler, A. (2011): Fachkunde für Kaufleute im Gesundheitswesen, 2. Auflage, Stuttgart.
- Henke, M., Hutmacher, A., Jüngerhans, M., Poker, H., Schmalen, G., Braun von Reinersdorff, A., Hauke, A., Bunten, G. (2012): das Krankenhaus: Anforderungen, Voraussetzungen und Ziele einer qualifizierten Personalbedarfsrechnung in Krankenhäusern (I), 1. Ausgabe.
- Hentze, J., Kehres, E. (2008): Kosten- und Leistungsrechnung in Krankenhäusern: Systematische Einführung, 5. Auflage, Stuttgart.
- Heuer, K. R. (2011): Controlling: Basislerneinheiten und Fallstudien, München.
- Heuft, G., Hildenbrand, G., Cuntz, U. (2010): KU Gesundheitsmanagement: Neue Wege gehen: Das Psych-Entgeltsystem: Ein Überblick, 6. Ausgabe, Münster.
- Holder, M., Bader, M. (2011): KU Gesundheitsmanagement: Wie gelangen die Leistungen in die elektronische Patientenakte?, 11. Ausgabe.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2009): Kalkulation der Ausbildungskosten für Zwecke gem. § 17a KHG: Handbuch zur Anwendung in Ausbildungsstätten.
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin (o.J.): Ärztlicher Bereitschaftsdienst, In: <http://www.kvberlin.de/30patienten/10bereitschaftsdienst/index.html>, aufgerufen am 17.06.2012.
- Kerres, A., Seeberger, B. (2005): Gesamtlehrbuch Pflegemanagement, Heidelberg.
- Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. (2010): Krankenhaus-Report 2010, Stuttgart.
- Krankenhaus-Buchführungsverordnung 2012.
- Krankenhausfinanzierungsgesetz 2012.
- Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. (2011): Musterpflegesatzvereinbarung nach BPfIV 2011.

- Kriegel, J. (2012): Krankenhauslogistik: Innovative Strategien für die Ressourcenbereitstellung und Prozessoptimierung im Krankenhauswesen, Wiesbaden.
- Krüger, C. E., Knapp, M. (2010): f&w: Neues Entgeltsystem in der Psychosomatik und Psychiatrie, 1. Ausgabe.
- Kunze, H., Schepker, R., Malzahn, J., Beine, K.-H., Deister, A., Heinz, A., Wöhrmann, S. (2012): f&w: Gutes muss nicht teurer sein, 2. Ausgabe.
- Laufer, R., Rummelin, B. (2012): das Krankenhaus: Referentenentwurf für ein Psych-Entgeltgesetz, 1. Ausgabe.
- Lehmann, G., Lohstroh, E., Ernst, R. (2010): f&w: Die finanziellen Anreize müssen sich ändern, 4. Ausgabe.
- Möller, H.-J., Laux, G., Kapfhammer, H.-P. (2005): Psychiatrie und Psychotherapie, 2. Auflage, Heidelberg.
- Mohrmann, M. (2010): KU Gesundheitsmanagement: „Das Niveau der psychiatrischen Versorgung bleibt“: Das Psych-Entgeltsystem aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung, 6. Ausgabe.
- Neubert, O. vom GKV-Spitzenverband (2012): Dokumentation: Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG): Lesefassung, Berlin.
- Piepenburg, M., Klever-Deichert, G., Rau, F. (2012): f&w: Leistungsorientierte Vergütung, 1. Ausgabe.
- Psychiatrie-Personalverordnung 2012.
- Quiske, M., Lanz, F., Reker, S. (2012): Gemeinsame Pressemitteilung Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung: Erste Forschungsergebnisse: Hochwertige medizinische Versorgung in Krankenhäusern auch im DRG-System gewährleistet, Berlin.
- Rau, F. (2012): das Krankenhaus: Referentenentwurf für ein Psych-Entgeltgesetz, 1. Ausgabe.

- Roeder, N. (2004): Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2005: Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Münster.
- Rössing, S. (2009): KU Gesundheitsmanagement: Psychiatrie vor grundlegenden Veränderungen: Das neue Entgeltsystem zu mehr Transparenz im Wettbewerb, 10. Ausgabe.
- Schlottmann, N., Brändle, G., Liese, B., Köhler, N. (2010): das Krankenhaus: Kodierrichtlinien 2011 – Quo vadis?, 11. Ausgabe.
- Schnitzler, A. (2010): Was kostet das Kranksein?, 11. Auflage, Regensburg.
- Schulz-Du Bois, C., Gohr, B., Rüter, T. (2011): Neues Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik, Berlin.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2010): Krankenhausplan 2010 des Landes Berlin, Berlin.
- Seyfried, D. (2009): KU Gesundheitsmanagement: Die Einführung des neuen Entgeltsystems bringt die psychiatrische Landschaft in Bewegung, 11. Ausgabe.
- Sozialgesetzbuch 2012: Fünftes Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung.
- Tuschen, K. H., Braun, T., Rau, F. (2005): das Krankenhaus: Erlösausgleiche im Krankenhausbereich: Eine Orientierungshilfe, 11. Ausgabe, Bonn.
- Verband der Ersatzkassen e.V. (2011): Stellungnahme zum Referententwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, Berlin.
- Verband der Krankenhausedirektoren Deutschlands e.V. (2012): Pressemitteilung: Gesetzgeber ignorierte Bedenken der Fachleute, Berlin.

- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (2012): Pressemitteilung: Wieder einmal Learning by Doing, VKD: Psych-Entgeltgesetz ähnelt zu stark dem DRG-System, Berlin.
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2011): Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di zum Referentenentwurf Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (2011): Pressemitteilung: Fehlzeiten-Report 2011: Mit dem Chef als Partner sind Mitarbeiter gesünder, Berlin.
- Windeck, N. (2011): Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €: Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger, In: www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=1&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_28&D.734=4511&D.732=4467, aufgerufen am 04.06.2012.
- Wöhrmann, S. (2009): Die Ersatzkasse: Krankenhausreformgesetz – ein altes und neues Entgeltsystem: Der Psychiatriebereich, 5. Ausgabe.
- Zimmermann, C. (2012): Der Gemeinsame Bundesausschuss, Heidelberg.

Anhang

Anhang 1	Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) 2012	XVII
Anhang 2	Aufstellung Entgelte und Budgetermittlung (AEB-Psych)	XXVII

Anhang 1

Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) 2012

V Vereinbarte Vergütungen

V 1 Budget und tagesgleiche Pflegesätze

Ifd. Nr.	Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen	Vereinbarung für den laufenden Pflegesatzzeitraum	Pflegesatzzeitraum	
			Forderung	Vereinbarung
	1	2	3	4
1	I. Pflegesatzzeitraum (von...bis...)			
	II. Budget			
2	1. a) Ifd. Pflegesatzzeitraum			
3	b) Zugehörige BT			
4	2. a) Pflegesatzzeitraum			
5	b) Zugehörige BT			
	III. Tagesgleiche Pflegesätze ohne Ausgleich und Zuschläge			
6	Basispflegesatz (§ 13 Abs. 3)			
7	teilstat. Basispflegesatz (§ 13 Abs. 4)			
	Abteilungspflegesätze (§ 13 Abs. 2 u. 4)			

V 4 Erlöse des Krankenhauses

Ifd. Nr.	Abgelaufener Pflegesatzzeitraum (einschließlich teilstationärer Pflegesätze)	Erlöse
	1	2
1	Basispflegesatz	
2	Abteilungspflegesätze	
3	Pflegesätze für besondere Einrichtungen	
4	(aufgehoben)	
5	(aufgehoben)	
6	Vor- und nachstationäre Behandlung	
7	Insgesamt	

Anhang 1: Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) 2012

(Hier und im weiteren Verlauf entnommen aus: BPfIV Anlage 1 – LKA)

L Leistungsdaten**L 1 Belegungsdaten des Krankenhauses**

Ifd. Nr.	Belegungsdaten	IST-Daten des abgelaufenen Geschäftsjahres	Vereinbarung für den laufenden Pflegesatz- zeitraum	Pflegesatzzeitraum	
				Forderung	Vereinbarung
	1	2	3	4	5
1	Planbetten mit Intensiv				
2	Planbetten ohne Intensiv				
3	Nutzungsgrad der Planbetten				
4	BT im Budgetbereich				
5	(aufgehoben)				
6	davon: BT für teilstat. Patienten				
7	Verweildauer ([Nr.4./Nr.6] : Nr.13)				
8	(aufgehoben)				
9	Aufnahmen				
10	Entlassungen				
11	davon: Verlegungen nach außen				
12	Fälle mit nur vorstat. Behandlung				
13	Vollstat. Fälle im Budgetbereich				
14	davon: Kurzlieger bis einschl. 3 BT				
15	davon: mit vorstat. Behandlung				
16	davon: mit nachstat. Behandlung				
17	davon: mit teilstat. Behandlung				
18	Teilstat. Fälle im Budgetbereich				
19	(aufgehoben)				
20	(aufgehoben)				

L 2 Personal des Krankenhauses

lfd. Nr.	Personalgruppen	Durchschnittlich beschäftigte Vollkräfte			Durchschn. Wert je VK von K1 - in EUR -
		lfd. Pflegesatzzeitraum	Pflegesatzzeitraum		
		Vereinbarung	Forderung	Vereinbarung	
	1	2	3	4	5
1	Ärztlicher Dienst				
2	Pflegedienst				
3	Medizinisch-technischer Dienst				
4	Funktionsdienst				
5	Klinisches Hauspersonal				
6	Wirtschafts- u. Versorgungsdienst				
7	Technischer Dienst				
8	Verwaltungsdienst				
9	Sonderdienste				
10	Sonstiges Personal				
11	Krankenhaus insgesamt				
12	Ausbildungsstätten				
13	nachrichtl.: Auszubild. Krankenpfl.				

L 3 Belegungsdaten der Fachabteilung

lfd. Nr.	Belegungsdaten	IST-Daten des abgelaufenen Geschäftsjahres	Vereinbarung für den laufenden Pflegesatzzeitraum	Pflegesatzzeitraum	
				Forderung	Vereinbarung
	1	2	3	4	5
1	Planbetten mit Intensiv				
2	Planbetten ohne Intensiv				
3	Nutzungsgrad der Planbetten				
4	BT im Budgetbereich				
5	(aufgehoben)				
6	davon: BT für teilstat. Patienten				
7	Verweildauer ([Nr.4./Nr.6] : Nr.13)				
8	(aufgehoben)				
9	Aufnahmen				
10	Entlassungen ¹⁾				
11	davon: Verlegungen nach außen				
12	Fälle mit nur vorstat. Behandlung				
13	Vollstat. Fälle im Budgetbereich				
14	davon: Kurzlieger bis einschl. 3 BT				
15	davon: mit vorstat. Behandlung				
16	davon: mit nachstat. Behandlung				
17	davon: mit teilstat. Behandlung				
18	Teilstat. Fälle im Budgetbereich				
19	(aufgehoben)				
20	(aufgehoben)				

L 4 Diagnosestatistik für die Fachabteilung.....*)
 - abgelaufenes Kalenderjahr
 - vollstationär behandelte entlassene Patienten (Hauptdiagnose)

Hauptdiagnose ICD-Schlüssel		Patienten insgesamt	0 – 4 Jahre	5 – 14 Jahre	15 – 44 Jahre	45 – 64 Jahre	65 – 74 Jahre	75 – 84 Jahre	85 und älter
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
...	Anzahl								
...	Verweildauer								
	(gestrichen)								
	Anzahl								
	Verweildauer								
	(gestrichen)								
...	...								
	...								
	...								
Gesamt:	Anzahl								
	Verweildauer								
	(gestrichen)								

*) Musterblatt; Lieferung auf maschinellen Datenträgern (§ 17 Abs. 4 Satz 5).

K Kalkulation von Budget und Pflegesätzen

K 1 Vereinbarung für den lfd. Pflegesatzzeitraum – analog K 3

K 2 Forderung für den Pflegesatzzeitraum – analog K 3

K 3 Vereinbarung für den Pflegesatzzeitraum Tage insgesamt:

lfd. Nr.	Kostenarten	Basis- pflegesatz nach § 13 Abs. 3	Innerbe- triebliche Leistungs- verrech- nung – insgesamt-	Abteilungs- pflegesätze nach § 13 Abs. 2 Satz 1 sowie Abs.4 -insgesamt-	Pflegesätze nach § 13 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs.4 -insgesamt-	Euro je Tag (Sp. 2- 5)
	1	2	3	4	5	6
1	Ärztlicher Dienst					
2	Pflegedienst					
3	Med.-technischer Dienst					
4	Funktionsdienst					
5	Klinisches Hauspersonal					
6	Wirtsch.- u. Versorgs.dienst					
7	Technischer Dienst					
8	Verwaltungsdienst					
9	Sonderdienste					
10	Sonstiges Personal					
11	Nicht zurechenbare Pers.kosten					
12	Personalkosten insgesamt					
13	Lebensm. u. bezog. Leistungen					
14	Medizinischer Bedarf					
15	Wasser, Energie, Brennstoffe					
16	Wirtschaftsbedarf					
17	Verwaltungsbedarf					
18	Zentrale Verwaltgs.dienste					
19	Zentrale Gemeinsch.dienste					
20	Steuern, Abgaben, Vers.					
21	Instandhaltung					
22	Gebrauchsgüter					
23	Sonstiges					
24	Sachkosten, insgesamt					
25	Innerbetriebl. Leistgsverr.					
26	Zinsen für Betr.mittelkredite					
27	Krankenhaus insgesamt					
28	(aufgehoben)					
29	(aufgehoben)					
30	(aufgehoben)					
31	(aufgehoben)					
32	(aufgehoben)					

K 4 Medizinischer Bedarf

Tage insgesamt:

Ifd. Nr.	Medizinischer Bedarf	Vereinbarung für den laufenden Pflegesatzzeitraum	EUR je Tag	Pflegesatzzeitraum	
				Forderung	Vereinbarung
	1	2	3	4	5
1	Arzneimittel (außer Nr. 13 u. 15)				
2	Kosten der Lieferapotheke				
3	Blut, Blutkonserven und Blutplasma				
4	Verband-, Heil- u. Hilfsmittel				
5	Ärztliches u. pflegerisches Verbrauchsmaterial, Instrument				
6	Narkose- und sonstiger OP-Bedarf				
7	Bedarf für Röntgen- u. Nuklearmedizin				
8	Laborbedarf				
9	Untersuchungen in fremden Instituten				
10	Bedarf für EKG, EEG, Sonographie				
11	Bedarf der physikalischen Therapie				
12	Apothekenbedarf, Desinfektionsmaterial				
13	Implantate				
14	(aufgehoben)				
15	Dialysebedarf				
16	Kosten für Krankentransporte (soweit nicht Durchlaufposten)				
17	Sonstiger medizinischer Bedarf				
18	Medizinischer Bedarf insgesamt:				

K 5 Budget für den Pflegesatzzeitraum

lfd. Nr.	Ermittlung des Budgets	Vereinbarung für den laufenden Pflegesatzzeitraum	Pflegesatzzeitraum	
			Forderung	Vereinbarung
	1	2	3	4
1	Summe Kostenarten (K1-K3, Nr.27, Sp.2, 4 und 5) Abzüge nach § 7 Abs. 2 für:			
2	./ . vor- u. nachstationäre Behandlung (90%)			
3	(aufgehoben)			
4	./ . belegärztliche Leistungen			
5	./ . wahlärztliche Leistungen			
6	./ . sonstige ärztliche Leistungen			
7	./ . gesondert berechenb. Unterkunft (K6 Nr.8)			
8	./ . sonstige nicht ärztliche Wahlleistungen			
9	pflegesatzfähige Kosten			
10	(aufgehoben)			
11	(aufgehoben)			
12	verbleibende pflegesatzfähige Kosten			
13	Instandhaltungspauschale nach § 7 Abs. 1 Nr.4 Ausgleiche und Zuschläge:			
14	Ausgleich nach § 12 Abs.2			
15	(aufgehoben)			
16	Ausgleich nach § 21 Abs.2 Satz 1 zweiter Hs.			
17	Unterschiedsbetrag nach § 12 Abs. 3			
18	(aufgehoben)			
19	(aufgehoben)			
20	Ausgleiche und Zuschläge insgesamt (Nr. 14 bis 19)			
21	(aufgehoben)			
22	Vorkalkuliertes Budget (Nr.12, 20 u. 21)			
23	Investitionskosten nach § 8 (anteilig)			
24	Budget mit Investitionskosten nach § 8			
25	(aufgehoben)			

K 6 Ermittlung des Basispflegesatzes nach § 13 Abs. 3

lfd. Nr.	Ermittlung des Basispflegesatzes	Vereinbarung für den laufenden Pflegesatzzeitraum	Pflegesatzzeitraum	
			Forderung	Vereinbarung
	1	2	3	4
1	Summe Kostenarten (K 1-K 3, Nr.27 Sp. 2) Abzüge nach § 7 Abs. 2 für:			
2	./. vor- u. nachstationäre Behandlung: 30%			
3	(aufgehoben)			
4	./. sonstige nicht ärztliche Wahlleistungen			
5	pflegesatzfähige Kosten			
6	(aufgehoben)			
7	verbleibende pflegesatzfähige Kosten			
8	./. gesondert berechenbare Unterkunft			
9	Budgetanteile ohne Ausgleich und Zuschläge			
10	anteilige Ausgl. U. Zuschläge (K 5, Nr. 20) ¹			
11	(aufgehoben)			
12	Budgetanteil Basispflegesatz			
13	./. Erlöse aus teilstat. Basispflegesatz			
14	Budgetanteil vollstationär			
15	: vollstationäre Tage			
16	= vollstationärer Basispflegesatz			
17	Nachrichtlich: 1. Pflegesatz o. Ausgl. und Zuschläge			
18	2. Bezugsgröße Unterkunft (Nr. 7: Berechnungstage)			
19	3. Zu-/ Abschlag nach § 21 Abs.2			
20	4. Tage m. gesondert berechenb. Unterkunft - Einbettzimmer			
21	- Einbettzimmer bei Zweibettzimmer als allgemeine Krankenhausleistung			
22	- Zweibettzimmer			

K 7 Ermittlung des Abteilungspflegesatzes nach § 13 Abs. 2

Abteilung besondere Einrichtung Belegarzt

Bezeichnung.....

lfd. Nr.	Ermittlung des Pflegesatzes (§ 13 Abs. 2 und 4)	Vereinbarung für den laufenden Pflegesatzzeitraum	Pflegesatzzeitraum	
			Forderung	Vereinbarung
	1	2	3	4
	Direkte Kosten für den Pflegesatz (K 1-K 3)			
1	Ärztlicher Dienst			
2	Pflegedienst			
3	Technischer Dienst			
4	Medizinischer Bedarf			
5	Instandhaltung			
6	Gebrauchsgüter			
	Innerbetr. Leistungsverr. (K 1-3)			
7	Intensiv			
8	OP und Anästhesie			
9	Med. Inst.			
10	In der Psychiatrie: Sonstige *)			
11	(aufgehoben)			
12	Kosten insgesamt			
	Abzüge nach § 7 Abs. 2 für:			
13	./. vor- und nachstationäre Behandl.: 70%			
14	(aufgehoben)			
15	./. belegärztliche Leistungen			
16	./. wahlärztliche Leistungen			
17	./. sonstige ärztliche Leistungen			
18	pflegesatzfähige Kosten			
19	(aufgehoben)			
20	(aufgehoben)			
21	verbleibende pflegesatzfähige Kosten			
22	anteil. Ausgl. und Zuschläge von K 5, Nr. 20			
23	./. Erlöse aus teilstat. Abteilungspflegesatz			
24	Budgetanteil vollstat. Abteilungspflegesatz			
25	: vollstat. Berechnungstage			
26	= vollstationärer Abteilungspflegesatz			
	Nachrichtlich:			
	1. Pflegesatz ohne Ausgl. u. Zuschläge			
	2. Zu-/Abschlag nach § 21 Abs.2			

*) In der Psychiatrie: Ausweis der direkt und indirekt zugeordneten Diplom-Psychologen, Ergo-, Bewegungstherapeuten und Sozialdienst

Anhang 2

Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB-Psych)

E1 Aufstellung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für das Krankenhaus

Entgelt Nr.	Berechnungstage (nur tagesbezogene Entgelte)	dazugehörige Fallzahl	Fallzahl (nur fall- und zeitraumbezogene Entgelte)	dazugehörige Belegungstage	Bewertungsrelation nach Entgeltkatalog	Summe der Bewertungsrelationen ohne Zu- und Abschläge (Sp. 2x4 und 3x4)	davon Fälle mit patientenbezogenen Abschlägen				davon Fälle mit patientenbezogenen Zuschlägen				Summe der effektiven Bewertungsrelationen (Sp. 5 - (Sp. 9) + Sp. 13)
							Anzahl der Fälle mit Abschlägen	Anzahl der Tage mit Abschlägen	Bewertungsrelationen je Abschlagstag	Summe der Abschläge (Sp. 7x8)	Anzahl der Fälle mit Zuschlägen	Anzahl der Tage mit Zuschlägen	Bewertungsrelation je Zuschlagstag	Summe der Zuschläge (Sp. 11x12)	
1	2	2a	3	3a	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Jahresfälle und alle Fälle mit tagesbezogenen Entgelten															
Summe															
Überlieger (nur fall- und zeitraumbezogene Entgelte)															
Summe															
Summe insgesamt															

Anhang 2: Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB-Psych)
(Hier und im weiteren Verlauf entnommen aus: BpflV Anlage 1 – LKA)

E2 Aufstellung der Zusatzentgelte für das Krankenhaus

ZE-Nr.	Anzahl der ZE	Entgelthöhe lt. ZE-Katalog	Erlössumme
1	2	3	4
Jahresfälle und alle Fälle mit tagesbezogenen Entgelten			
Summe der ZE			
Überlieger (nur fall- und zeit- raumbezogene Entgelte)			
Summe der ZE			
Summe der ZE insgesamt			

E3 Aufstellung der nach § 6 Bundespflegesatzverordnung krankenhausesindividuell verhandelten Entgelte

E3.1 Aufstellung der fallbezogenen Entgelte

Entgelt nach § 6 BpflV	Fallzahl (tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte)	Entgelthöhe (in €)	Bruttoerlössumme ohne Zu- und Abschläge (in €) (Sp. 2x4)	davon Fälle mit patientenbezogenen Abschlägen				davon Fälle mit patientenbezogenen Zuschlägen				Nettoerlössumme inkl. Zu- und Abschläge (in €) (Sp. 4 - (Sp. 8) + Sp. 12)
				Anzahl der Fälle mit Abschlägen	Anzahl der Tage mit Abschlägen	Abschlag je Tag (in €)	Summe der Abschläge (Sp. 7x8)	Anzahl der Fälle mit Zuschlägen	Anzahl der Tage mit Zuschlägen	Zuschlag je Tag (in €)	Summe der Zuschläge (Sp. 11x12)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Summe												

E3.2 Aufstellung der Zusatzentgelte

Zusatzentgelt nach § 6 BpflV	Anzahl	Entgelthöhe	Erlössumme (Sp. 2x3)
1	2	3	4
Summe			

E3.3 Aufstellung der tagesbezogenen Entgelte

Entgelt nach § 6 Absatz 1 BpflV	Fallzahl	Tage	Entgelthöhe	Erlössumme (Sp. 2x3)
1	2	3	4	5
Summe				

B1 Gesamtbetrag und Basisentgeltwert nach § 3 Bundespflege- satzverordnung für die Kalenderjahre 2013 bis 2016

lfd. Nr.	Berechnungsschritte	Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr	Vereinbarungszeitraum
	1	2	3
1	Anpassung des Gesamtbetrags (§ 3 Absatz 2): Gesamtbetrag für das laufende Jahr		
2	./. Leistungsverlagerungen		
3	./. Ausgliederung ausländischer Patienten/Patientinnen		
4	+/- Bereinigung um enthaltene Ausgleiche		
5	+/- Aus-/ Wiedereingliederung von Zu- und Abschlägen		
6	+/- Modelle, Integrationsverträge		
7	= Ausgangsbetrag für Vereinbarung nach § 3		

hier: Verhandlung des Gesamtbetrags für den Vereinbarungszeitraum

8	Gesamtbetrag für den Vereinbarungszeitraum		
9	+/- neue Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre		
10	= Veränderter Gesamtbetrag (§ 3 Absatz 2 Satz 5)		
11	davon: verändertes Erlösbudget (§ 3 Absatz 2 Satz 5)		
12	davon: Entgelte nach § 6 Absatz 1 BPfIV		

	Ermittlung des Basisentgeltwerts:		
13	Erlösbudget aus lfd. Nr. 11		
14	./. Erlöse aus Zusatzentgelten		
15	./. Erlöse für Überlieger am Jahresbeginn		
16	= Summe mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte einschl. lfd. Nr. 9		
17	: Summe der effektiven Bewertungsrelationen (Anlage E1)		
18	= krankenhaushausindividueller Basisentgeltwert		
19	nachrichtlich: Basisentgeltwert ohne Ausgleiche und Berichtigungen		

B2 Erlösbudget und Basisentgeltwert nach § 4 Bundespflege- satzverordnung ab dem Kalenderjahr 2017

lfd. Nr.	Berechnungsschritte	Vereinbarung für das lau- fende Kalen- derjahr	Vereinba- rungs- zeitraum
1	2	3	
	Anpassung des Gesamtbetrags (Absatz 2):		
1	Erlösbudget für das laufende Jahr		
2	./. Leistungsverlagerungen		
3	./. Ausgliederung ausländischer Patienten/Patientinnen		
4	+/- Bereinigung um enthaltene Ausgleiche		
5	+ Einbeziehung von Innovationen		
6	+/- Aus-/ Wiedereingliederung von Zu- und Abschlägen		
7	+/- Aus-/ Wiedereingliederung von Leistungen nach § 6 Absatz 1		
8	+/- Modelle, Integrationsverträge		
9	= Ausgangswert des Vorjahres		
10	+/- voraussichtliche Leistungsveränderungen (Absatz 3 Satz 1 Nr. 1)		
11	+/- Veränderungswert nach § 9 Abs. 1 Nr. 5 (Absatz 3 Satz 1 Nr. 2)		
12	(aufgehoben)		
13	= veränderter Ausgangswert (Absatz 3)		
	Ermittlung des Zielwerts (Absatz 4):		
14	Erlöse aus mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten		
15	+ voraussichtliche Erlöse aus Zusatzentgelten		
16	= Zielwert (Absatz 4)		
	Ermittlung des Angleichungsbetrags:		
17	Zielwert aus lfd. Nr. 16		
18	./. veränderter Ausgangswert aus lfd. Nr. 13		
19	= Zwischenergebnis		
20 % von lfd. Nr. 19 (Absatz 5 Satz 2) oder Kappungsgrenze		
21	= Angleichungsbetrag (Absatz 5 Satz 2)		
	Ermittlung des Erlösbudgets:		
22	veränderter Ausgangswert aus lfd. Nr. 13		
23	+/- Angleichungsbetrag aus lfd. Nr. 21		
24	= Erlösbudget (Absatz 5 Satz 3)		
	Ermittlung des Basisentgeltwerts (Absatz 6):		
25	Erlösbudget aus lfd. Nr. 24		
26	./. voraussichtliche Erlöse aus Zusatzentgelten (lfd. Nr. 15)		
27	./. Erlöse für Überlieger am Jahresbeginn		
28	+/- neue Ausgleiche für Vorjahre		
29	= Verändertes Erlösbudget (Absatz 6 Satz 1)		
30	: Summe der effektiven Bewertungsrelationen (Anlage E1)		
31	= krankenhausindividueller Basisentgeltwert		
32	nachrichtlich: Basisentgeltwert ohne Ausgleiche und Berichtigungen		

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe, und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat.

Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

.....

Unterschrift