

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband
Abt. Krankenhäuser
Mittelstr. 51
10117 Berlin
Wulf-Dietrich.Leber@gkv-spitzenverband.de

Expertenworkshop „Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG“, am 04.07.2010, in Berlin

Entwicklungsschritte und Perspektiven beim Psych-Entgeltsystem

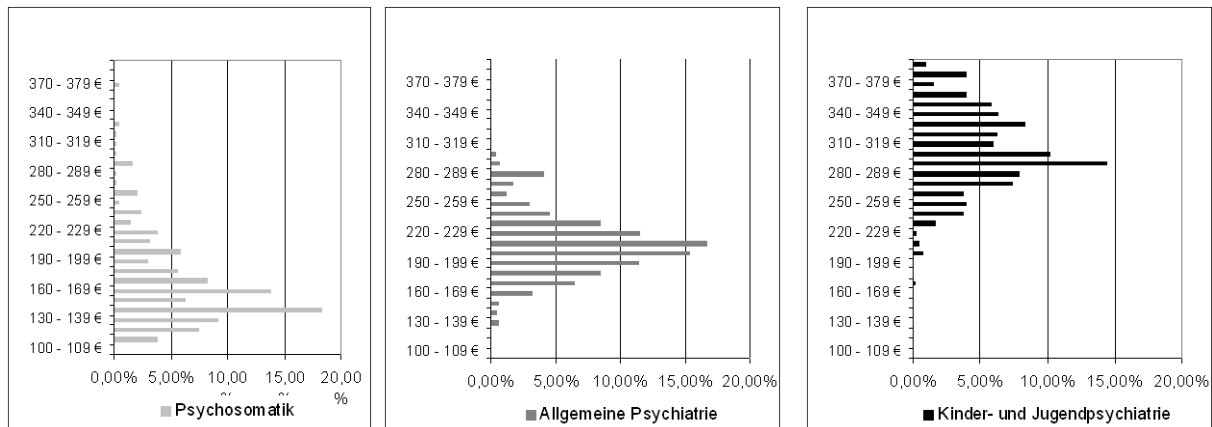
1. § 17d-Entwicklungsschritte	1
2. Tages-, Fall- und Zeitpauschalen	7
3. Das PIA-Problem	11
4. Ordnungspolitischer Rahmen	15
5. Nächste Schritte	19
Literatur:	21

1. § 17d-Entwicklungsschritte

Überraschende Neuigkeiten sind von einem Symposium über die Reform der Psychiatrie-Entgelte inzwischen nicht mehr zu erwarten. Die Reformbeteiligten sind zu einer Art Diskussionsgemeinschaft zusammengewachsen und die Auseinandersetzungen haben fast schon den Charakter langjähriger innerfamiliärer Zwistigkeiten erreicht. Schließlich besteht der Auftrag seit über zwei Jahren in § 17 d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Für die Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und psychosomatische Medizin soll ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem der allgemeinen Krankenhausleistungen auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten eingeführt werden.

Dies ist fast im Wortlaut eine Neuauflage der DRG-Einführung, mit dem einen Unterschied, dass nicht vornehmlich Fallkosten, sondern Tagessätze vergütet werden sollen. Die zum Teil aufgrund historischer Zufälligkeiten entstandenen, einrichtungsbezogenen Tagessätze sollen durch patienten- bzw. krankheitsgruppenbezogene Tagessätze substituiert werden. Die einrichtungsbezogenen Tagessätze zeigen eine durchaus beachtliche Varianz (Abbildung 1).

Abb. 1 Tagesgleiche Pflegesätze (Häufigkeitsverteilung gewichtet nach Abrechnungstagen 2008)

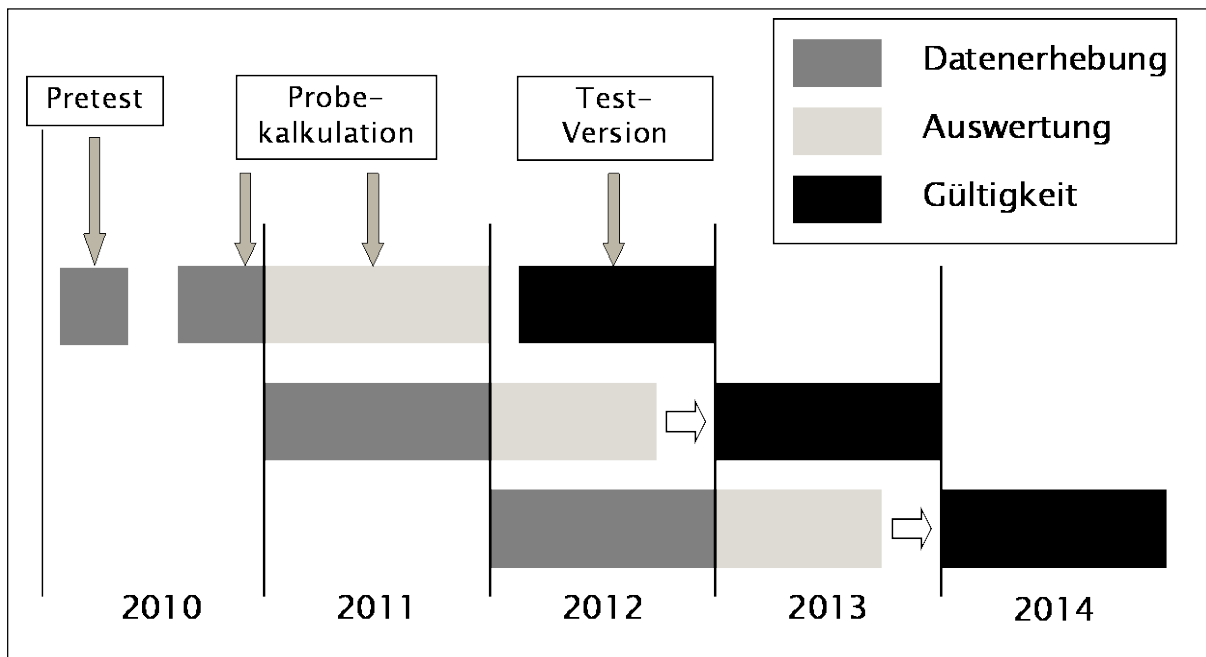


Quelle: Entgeltstrukturdatei der Krankenkassen (ESE-DB) 2008, eigene Darstellung, (vgl. [1])

Der Zeitplan für die Selbstverwaltungspartner ist vom Gesetzgeber vergleichsweise klar vorkonstruiert und berücksichtigt, dass die Entwicklung von Entgelten einem dreijährigem Zyklus folgt. Im Jahr 1 werden die Daten erhoben, im Jahr 2 werden sie ausgewertet und im Jahr 3 angewendet. Sieht man vom Prättest ab, so ist 2010 (bzw. dessen zweite Hälfte) die erste Datenbasis, die sinnvoll für die Entwicklung der Psych-Entgelte ausgewertet werden kann.

Idealerweise führt dies zu einem Grouper, der als Testversion in 2012 eingesetzt werden kann. Keinesfalls sollte der budgetneutrale Umstieg im Jahre 2013 ohne eine solche Testversion erfolgen. Ob sie bereits aussagefähige Relativgewichte enthält, ist derzeit noch nicht absehbar. Das laufende Jahr 2011 ist die wesentliche Basis für den budgetneutralen Umstieg in 2013. Um die Umstiegsängste ein wenig zu dämpfen, sei darauf hingewiesen, dass dies lediglich der Beginn des lernenden Systems ist. Schon 2014 wird auf einer verbesserten Kalkulationsbasis vergütet. Die tiefgreifenden Änderungen während der DRG-Entwicklung haben gezeigt, dass die Formel vom „lernenden System“ nicht nur eine Worthülse, sondern gelebte Vertragspartnerpolitik ist.

Abb. 2 Zeitplan



Quelle: Eigene Darstellung

Gemäß der gesetzlichen Vorgabe erfolgte zwischen den Spitzenverbandspartnern in 2009 die Vereinbarung über die Grundstrukturen zur Entwicklung des Psych-Entgeltsystems. Sie enthält im Wesentlichen die Aufforderung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), mit der Arbeit zu beginnen. Das InEK ist diese Aufgabe beherzt angegangen und hat inzwischen eine funktionierende Arbeitsatmosphäre mit den kalkulierenden Häusern geschaffen. Es bestehen kaum Zweifel, dass 2013 ein budgetneutraler Umstieg möglich ist.

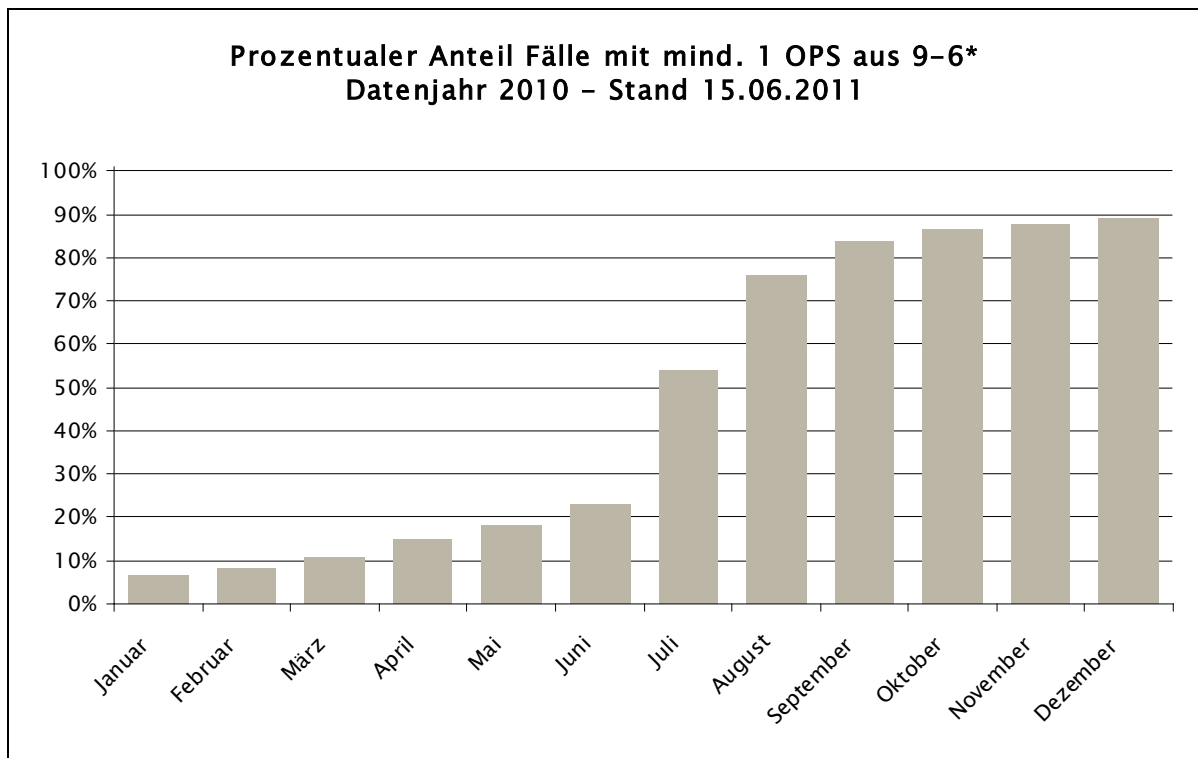
Spürbare Auswirkung der Entgeltreform ist die Kodierung von Leistungen – ein nicht gerade erhebender, aber notwendiger Vorgang. Die Einführung eines leistungsorientierten Systems bedeutet, dass die Leistungen erfasst – sprich kodiert – werden müssen. Ein Blick auf den gegenwärtigen Kodierstatus lässt eine erhebliche Untererfassung vermuten. Das gilt natürlich in erster Linie für die Prozeduren, wo entsprechende Abbildungsmöglichkeiten erst für 2010 geschaffen wurden. Es gilt aber auch für Diagnosen. Obwohl die Einschätzung der Psychiater von einem erheblichen Maß an Multimorbidität ausgehen, zeigen die kodierten Diagnosen aus psychiatrische Fachkliniken einen Anteil von 40 % mit nur einer Diagnose (Tabelle 1, Spalte 2). Zum Vergleich: Nach 10 Jahren DRG-Einführung ist dieser Anteil in der Unfallchirurgie auf 13 % und in der Inneren Medizin auf 7 % gesunken.

Tab. 1 Kodierquantität Diagnosen (Anteil in % aller Fälle)

Psychiatrie	Nur Haupt-Diagnose	Nebendiagnosen				
		1	2	3	4	< 4
Fachkliniken						
Allgemein	40%	26%	15%	8%	5%	6%
Kinder/Jugend	49%	31%	13%	5%	2%	1%
Psychosomatik	34%	15%	14%	11%	8%	18%
Fachabteilungen						
Allgemein	35%	25%	16%	9%	6%	9%
Kinder/Jugend	45%	30%	15%	6%	3%	2%
Psychosomatik	23%	24%	19%	13%	8%	14%
Gesamt						
Psychiatrie	37%	25%	15%	9%	5%	8%
Zum Vergleich (DRG-Bereich)						
Unfallchirurgie	13%	19%	15%	13%	10%	31%
Innere Medizin	7%	9%	11%	11%	11%	51%

Quelle: Daten gemäß § 301 SGB V 2008 (drei Kassenarten)

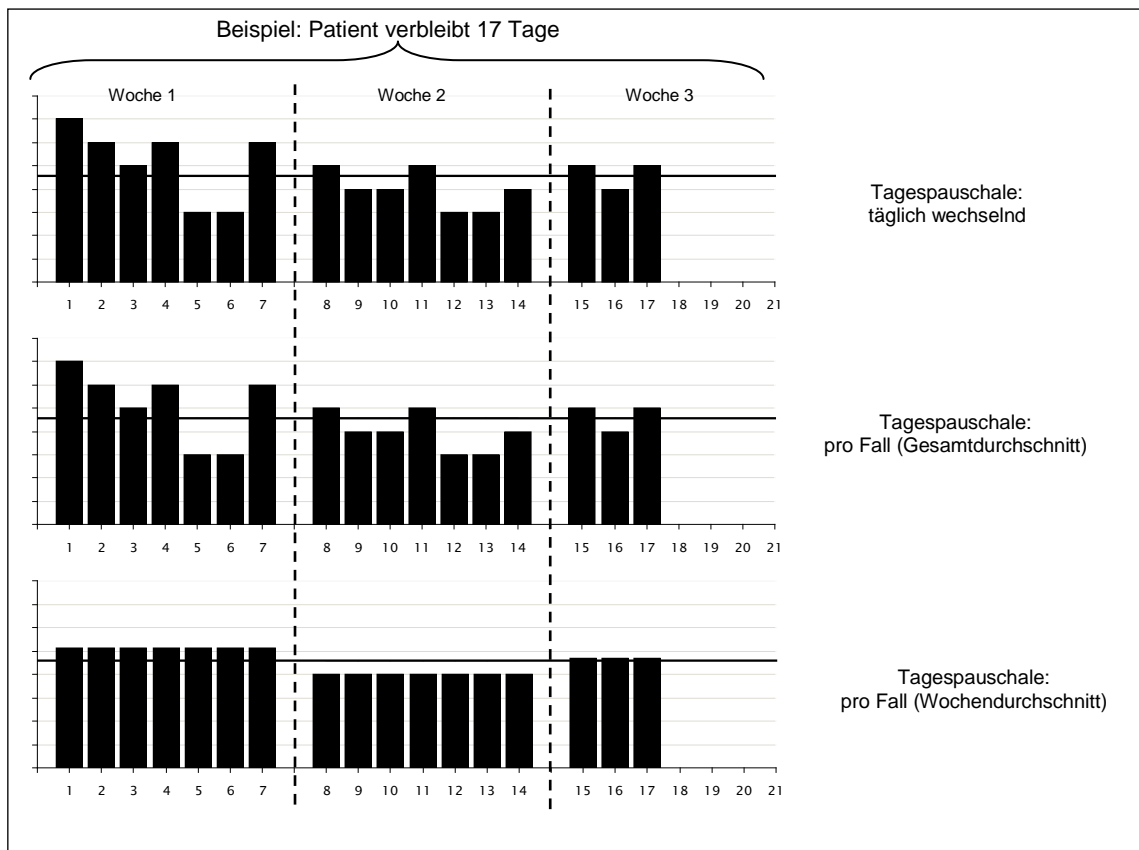
Der OPS 2010 enthält erstmals ein breiteres Kapitel zur Abbildung psychiatrischer Leistungen und er wird verwendet, um Einstufungen gemäß Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) via § 301-Daten zu übermitteln. Im Vorgriff auf den Vortrag von Dr. Heimig sei die im Jahr 2010 stark zunehmende Kodierung dargestellt (Abbildung 3). Der zögerliche Beginn mag darin begründet sein, dass Untererfassung gemäß einer Spitzenverbandsvereinbarung im ersten Halbjahr 2011 sanktionsfrei gestellt wurde. Es ist davon auszugehen, dass der Prozess des Right-Codings noch einige Zeit in Anspruch nehmen wird. Gleichwohl ist das Wissen über das Leistungsgeschehen schon um Dimensionen größer als vor dem Start des Reformprozesses.



Quelle: InEK-Vortrag zur Weiterentwicklung Entgeltsystem 2012, DRG-Dialog am 28.06.2011

Ernsthafte Diskussionen über die Grundstruktur des DRG-Systems haben leider noch nicht stattgefunden. Als Beispiel für eine noch zu klärende Frage sei die „Volatilität“ des Systems genannt. Der Gesetzgeber hat zwar festgelegt, dass die Entgelte vornehmlich tagesbezogen sein sollen. Er hat aber offen gelassen, ob dies täglich wechselnde oder für einen Fall gleichbleibende Tagessätze sein sollen. Ein täglich wechselnder Pflegesatz würde das Konfliktpotential zwischen Krankenhäusern und Kassen (bzw. MDK) maximieren. Je nachdem, ob der Therapeut an diesem Tage tätig gewesen wäre, gäbe es einen höheren oder niedrigeren Pflegesatz. Andererseits bringt auch ein über Monate gleichbleibender Pflegesatz Schwierigkeiten mit sich, wenn beispielsweise nur in den ersten Tagen eine intensive 1:1-Betreuung stattgefunden hat. Die GKV hält eine wöchentliche Anpassung für sinnvoll. Ein Blick auf viele Therapieschemata und auf den OPS zeigt (etwas flapsig ausgedrückt): Die Psychiatrie tickt im Wochenrhythmus.

Abb. 4 Vergütungsvarianten der Tagespauschale (Tages-, Wochen- oder Fallgruppierung)



Quelle: Eigene Darstellung

Unklar war allerdings im letzten OPS, wie denn nun genau der Datumsbezug zu verstehen ist. Soll die erste oder die letzte Therapieeinheit als maßgeblich angesehen werden. Die Auswertungen im Prättest zeigten hier ein totales Kuddelmuddel. Die Selbstverwaltungspartner haben deshalb in den Kodierrichtlinien 2011 eine Regelung getroffen (PB005b): Bei Wochenkodes „ist als Bezugsdatum für die jeweils zu kodierende Leistungsperiode der erste Tag der vom Code bestimmten Periode anzugeben“. (Alle meine Versuche, hier sprachpflegerisch tätig zu werden und diese Formulierung zu verhindern, sind leider vergeblich gewesen). Vereinfacht gesagt ist das Setting datumsentscheidend: Der erste Tag einer Intensivbetreuung ist als Datum anzugeben.

Insgesamt fällt eine Bewertung des Psych-OPS durch die GKV gemischt aus. Immerhin ist ein Anfang gemacht. Aber der Code ist medizinisch nicht gerade haltvoll. Akribisch wird der Zeitaufwand erfasst (Stichwort: schwäbischer Lohnbuchhalter), aber die Inhalte bleiben unklar – so als würde man bei Operationen erfassen, wie viel Ärzte wie lange am OP-Tisch gestanden haben, ohne aber etwas darüber auszusagen, ob denn nun eine Hüft-Endoprothese oder Darmoperation gemacht worden ist.

Die GKV hat zwischenzeitlich Vorschläge gemacht, um den OPS künftig medizinisch haltvoll zu machen. So könnte beispielsweise bei Depressionen der Wechsel des Schweregrades der Symptome erfasst werden. Dem Code liegt die Hamilton-Depressions-Skala zugrunde. Der Code ist bei depressiven Störungen verpflichtend anzugeben.

X-XXX2.1 Wechsel von schwer in mittelschwer (HAMD < 24)

- X-XXX2.2 Wechsel von mittelschwer in leicht (HAMD < 16)
- X-XXX2.3 Erreichen der Vollremission (HAMD < 8)

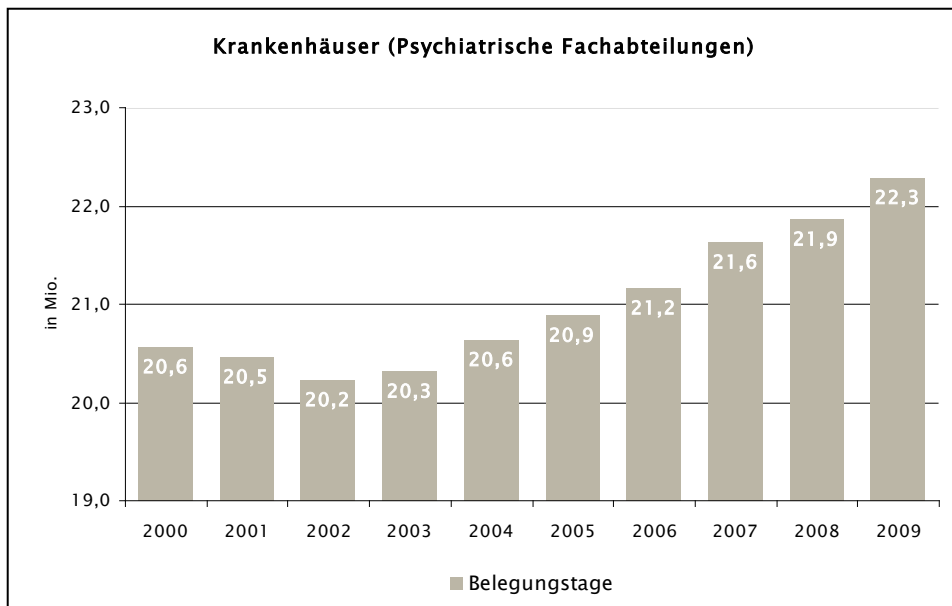
Ein weiteres Beispiel für eine vernünftige Weiterentwicklung, die gegenwärtig bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auf Ablehnung stößt, ist eine Übermittlung der „gesetzlichen Unterbringung“ (Zwangseinweisung). Wahrscheinlich verursachen Patienten mit gesetzlicher Unterbringung erhöhte Kosten, so dass dies – um es zumindest untersuchen zu können – in den Abrechnungsdaten mitgeteilt werden müsste. Technisch könnte dies durch die Angabe einer Pseudofachabteilung im gegenwärtigen Datenträgeraustausch geschehen. Die Verwendung eines neuen Aufnahmegrundes wäre nicht geeignet, weil von einem längeren Aufenthalt oft nur ein begrenzter Zeitabschnitt als gesetzliche Unterbringung erfolgt. Der Trenner „gesetzliche Unterbringung“ wäre in besonderer Weise geeignet, weil er nicht Gegenstand unerfreulicher Upcoding-Debatten werden kann. Hier legt eine externe Instanz den Kode fest und jede Streiterei mit dem MDK erübrigt sich. Für 2011 hat es leider keine Einigung auf Spitzenverbandsebene gegeben, so dass wir nun Albernheiten wie „Gespräche mit Richtern“ als Therapieeinheit im OPS 2011 haben.

2. Tages-, Fall- und Zeitpauschalen

Der Gesetzgeber hat der Selbstverwaltung den Auftrag gegeben, neben dem Tag auch andere Einheiten auf ihre Verwendbarkeit im künftigen Entgeltsystem zu prüfen. Zu denken ist an Fallpauschalen aber auch an Zeitpauschalen (z.B. Jahrespauschalen). In der Tat sind Tage als Entgelteinheit problematisch. Die GKV hat – nicht zuletzt im Zusammenhang mit der starken Inputorientierung – auf folgendes Problem hingewiesen:

„Wer ein tagespauschalierendes System mit Anreiz zur Maximierung von Psychiatrietagen schafft und wer dann noch ein Abrechnungssystem mit Anreiz zur Maximierung des Aufwands je Tag schafft, der braucht sich nicht zu wundern, wenn am Ende zu wenig Geld für die Kranken zur Verfügung steht.“

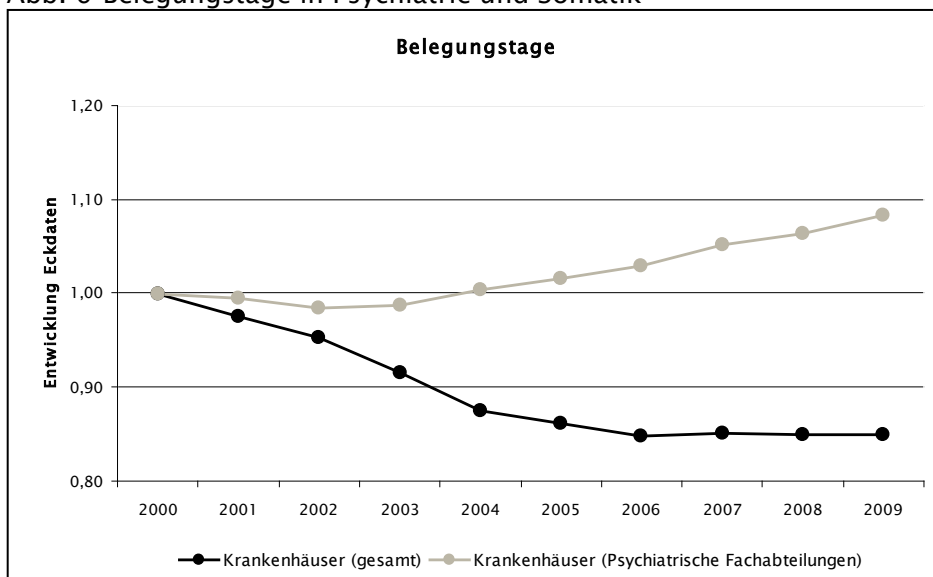
Die GKV ist hochgradig beunruhigt, weil bei gegenläufiger Entwicklung von Fallzahl und Verweildauer die Anzahl der Belegungstage in der Psychiatrie in letzter Zeit wieder ansteigt (Abbildung 5).



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserien 12, Grunddaten der Krankenhäuser abgefragt über gbe-bund.de, eigene Darstellung

Dies ist höchstwahrscheinlich nicht durch die demografische Entwicklung zu erklären, da sich diese auch außerhalb der Psychiatrie niederschlagen müsste. Die Somatik zeigt jedoch insgesamt eine sinkende Zahl von Belegungstagen (Abbildung 6). Der Verweildauerrückgang wirkt stärker als die Fallzahlsteigerung. Die ökonomische Konsequenz liegt auf der Hand: Wer die Psychiatrie „dehospitalisieren“ will, der sollte offen sein für Entgeltsysteme jenseits des Tagesbezuges.

Abb. 6 Belegungstage in Psychiatrie und Somatik

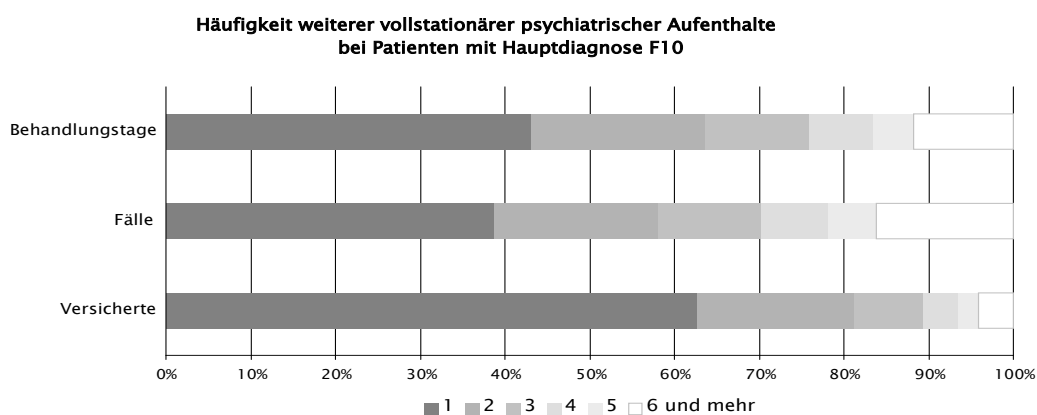


Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserien 12, Grunddaten der Krankenhäuser abgefragt über gbe-bund.de, eigene Darstellung

Am Beispiel der ICD-Diagnose F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) lässt sich bezüglich möglicher Zeitpauschalen gut verdeutlichen, wie unterschiedlich die Wahrnehmung der beteiligten Akteure sein kann und wie differenziert daher die Analyse sein

muss, um zu klären, ob eine Zeitpauschale sinnvoll wäre oder nicht: Aus Sicht der Kostenträger werden 63 % der Versicherten mit der Hauptdiagnose F10 nur einmal im Jahr vollstationär behandelt und aufgrund dieser hohen Anzahl würde sich aus dieser Perspektive eine Zeitpauschale nicht lohnen. Der behandelnde Stationsarzt hingegen erlebt in seinem Berufsalltag, dass rund 62 % der Behandlungsfälle mit F10 mehrmals pro Jahr stationär sind und könnte so zu dem Schluss kommen, eine Zeitpauschale wäre sinnvoll. Es wird also u.a. Aufgabe der nächsten Monate sein, den diesbezüglichen Prüfauftrag des Gesetzgebers mittels differenzierter Datenanalyse und Fachexpertise zu bearbeiten, um zu klären, in welchen Fällen welche Art von Pauschale sinnvoll eingesetzt werden kann.

Abb. 7 Mehrfachaufenthalte (Beispiel F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“)



Quelle: Auswertung GKV-Spitzenverband von Abrechnungsdaten für 2008 (ca. 80 % aller GKV-Versicherten)
 vollstat. Fälle mit Hauptdiagnose F10 im Entgeltbereich nach § 17d KHG (96.346 Versicherte, 156.165 Fälle, 1.672.687 Behandlungstage)
 Hinweis: Weitere Psychiatriefälle sind bei der Klassifizierung der Versicherten berücksichtigt, nicht jedoch in der Anzahl der Fälle und Behandlungstage.

Im Zusammenhang mit gesonderten Vergütungs- und Vertragsformen spielen in der Diskussion die sogenannten Regionalbudgets eine herausragende Rolle. De facto handelt es sich um Einrichtungsbudgets mit implizitem Regionalbezug. Einige Modellprojekte mit Regionalbudgets zeigen ambulantes Potential und alternative Behandlungskonzepte auf. Im Vorgriff auf die weiter unten geführte Diskussion zum ordnungspolitischen Rahmen spricht sich die GKV für gesetzliche Regelungen aus, die solche Regionalbudgets ermöglichen. Dafür braucht man eine Herauslösung aus der Landesentgeltsumme und klare Regelungen zur Aufrechterhaltung der Kodierung sowie zur Einhaltung bundeseinheitlicher, qualitätssichernder Maßnahmen.

Gegenwärtig – insbesondere ohne PIA-Dokumentation – besteht wenig Klarheit über das Leistungsgeschehen, das im Rahmen solcher Regionalbudgets vertraglich vereinbart wird. Als einer der großen Vorteile solcher Regionalbudgets wird unter anderem der sektorübergreifende Ansatz ins Feld geführt, der Patienten eine durchgehende Betreuung vom voll- über den teilstationären Aufenthalt bis hin zur Nachsorge in psychiatrischen Institutsambulanzen ermöglicht. Eine Auswertung des Regionalbudgets, die von Prof. Deister dankenswerter Weise zur Verfügung gestellt wurde, zeigt, dass dieses Argument zwar zutrifft, dass aber nur ein sehr kleiner Prozentsatz (5,2 %) von Patienten betroffen ist (Tabelle 2). Deutlich gestiegen ist vor allem der Anteil der Patienten, die ausschließlich ambulant (also in der PIA)

behandelt werden, was auch ein Zeichen für eine Substitution vertragsärztlicher Versorgung durch die PIAs sein könnte. Für eine rationale Entscheidung zugunsten solcher Regionalbudgets und für eine rationale Fortschreibung solcher Budgets bedarf es einer solchen patientenbezogenen Transparenz. Im Abschnitt zur PIA-Problematik wird dies erneut aufgegriffen.

Tab. 2 Volumina-Veränderungen in den Behandlungssettings nach Einführung eines regionalen Psychriatriebudgets im Kreis Steinburg (RB = regionales Budget)

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

Quelle: Daten des Klinikums Itzehoe, eigene Darstellung

So sieht die GKV-Bewertung zu Regionalbudgets derzeit aus: Als starkes Pro-Argument ist die Tatsache zu werten, dass Budgets besser beherrschbar sind als mengenmäßig ungesteuerte Leistungsvergütungen. Außerdem gibt es Anreize für Einrichtungen, mehr ambulant zu behandeln. Als starkes Contra-Argument ist der Fakt zu werten, dass es keine klare Abgrenzung der Versorgungsregionen gibt. Was zwischen den Deichen funktioniert, muss in überschneidenden Versorgungsregionen (Beispiel Ruhrgebiet) noch lange nicht funktionieren.

Kritisch muss auch die mangelnde Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgung gewertet werden. In den uns bekannten Projekten wird sie nicht einbezogen. Warnend sei noch angeführt, dass die Regionalbudgets möglicherweise (für Kassenverhandler und Budgetverwalter) nicht so einfach zu managen sind, wie es am Anfang erscheint. Sobald Veränderungen in der Leistungsstruktur auch Budgetänderungen nach sich ziehen (was ja im gesetzlich vorgegebenen, leistungsorientierten System zwingend ist), wird man einer Einzelleistungsvergütung wieder ziemlich ähnlich.

Insgesamt ist die Diskussion über alternative Abrechnungspauschalen erst am Anfang. Die GKV-Position hierzu lautet: Nicht alle psychiatrischen Krankheiten sind gleich. Wahrscheinlich wird es deshalb ein Nebeneinander von Tages-, Fall- und möglicherweise auch Zeitpauschalen geben. Evtl. ist für bipolare Depressionen der Tagesbezug richtig, für Sucht aber eher die Fallpauschale und für einige besonders schwere Fälle von Schizophrenie eine sektorübergreifende Ganzjahrespauschale geeignet. Wer allerdings solche Jahrespauschalen definieren will, der muss den Kreis der „unheilbar psychisch Kranken“ definieren – kein triviales Unterfangen.

Regionalbudgets sind für bestimmte Regionen denkbar, aber auch sie müssen „leistungsgerecht“ sein. Abgerechnet würde mit dem gleichen bundesweit gültigen Pauschalensystem.

Und noch einmal: Erster Schritt für solche „sektorübergreifenden“ Modelle ist immer die Transparenz der ambulanten Leistungen – und ihr Zusammenhang mit den stationären Fällen.

3. Das PIA-Problem

Der zweite gesetzliche Prüfauftrag bezieht sich auf die Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) in das Psych-Entgeltssystem. Alliterativ drängte sich hier die Überschrift „PIA-Problem“ auf. Aber sinnvoller wäre es eigentlich, von PIA-Chance zu reden. Es besteht die Möglichkeit, ein sektorübergreifendes oder zumindest ein über die Sektorgrenzen hinweg abgestimmtes Vergütungssystem zu schaffen.

In der Grundlagenvereinbarung zwischen GKV und DKG vom 17.11.2009 wurde in § 8 vereinbart, den PIA-Prüfauftrag anzugehen. Dieser Konsens wurde inzwischen durch die DKG aufgekündigt. Selbst zu Beginn des Jahres 2012 wird es möglicherweise noch keine bundesweite Kodierung geben.

Eine bundesweite Dokumentation über das Leistungsgeschehen ist jedoch für den Prüfauftrag unabdingbar. Es macht schließlich einen Unterschied, ob in der PIA ein 10-Minuten-Kontakt zur Prolongation einer Arzneimittelverschreibung erfolgt oder ob eine regelmäßige psychotherapeutische Behandlung erfolgt. Außerdem ist es von großer Bedeutung, ob in den PIAs eine Art poststationäre Behandlung erfolgt oder ob es sich um einen eigenständigen ambulanten Versorgungsbereich mit wenigen Berührungspunkten zum stationären Geschehen handelt.

Die Transparenz zum Leistungsgeschehen ist aufgrund unterschiedlicher Landesvereinbarungen ausgesprochen heterogen (Tabelle 3). Länder, in denen ausschließlich Quartalspauschalen abgerechnet werden, haben keinerlei Transparenz über das Leistungsgeschehen. Die beste Abbildung des Versorgungsgeschehens gibt es im bayerischen System der Einzelleistungserfassung und in jenen Ländern, die das bayerische System analog anwenden. Allerdings lässt auch das bayerische System keinen Zusammenhang zwischen ambulanten und stationären Fällen erkennen. Misslich ist auch, dass über die PIA-Versorgung in Bayern keine Frequenzstatistiken und detaillierten Analysen öffentlich verfügbar sind.

Tab. 3 PIA-Vergütung nach Bundesländern

	Anzahl der PIA	Fachkliniken und Fachabt.	Vergütung	Vergütungshöhe landesweit oder Einzelverträge?
Baden-Württemberg	43	55	Quartalspauschale (Einmalkontakt/Mehrfachbeh.)	Einzelverträge
Bayern	39	46	Leistungskatalog	Landesweit
Berlin	18	18	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Brandenburg	21	18	Quartalspauschalen	Landesweit
Bremen	6	7	Quartalspauschale (einmalige Behandlung, Notfall)	Einzelverträge
Hamburg	13	12	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Hessen	47	36	Quartalspauschalen	Einzel je Organisation
Mecklenburg-Vorpom.	9	9	Leistungskatalog analog Bayern	Landesweit
Niedersachsen	32	29	gestaffelte Quartalspauschalen	Landesweit
Nordrhein-Westfalen	83	92	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Rheinland-Pfalz	26	25	Quartalspauschale	Einzelverträge
Saarland	7	7	Quartalspauschale (gesondert Notfallbehandlung)	Einzelverträge
Sachsen	28	25	Leistungskatalog analog Bayern	Landesweit
Sachsen-Anhalt	8	19	Quartalspauschalen (Leistungskatalog analog Bayern)	Einzelverträge + Landesweit
Schleswig-Holstein	27	22	Quartalspauschale(+ EBM, +Tagespauschale)	Einzelverträge
Thüringen	11	14	Leistungskatalog analog Bayern und Quartalspauschalen	Einzelverträge + Landesweit
Gesamt	418	434		

Quelle: Gesundheitsministerkonferenz 2007, Vergütung: eigene Erhebung des GKV-Spitzenverbandes 2010

Der GKV-Spitzenverband hält eine zügige bundesweite PIA-Dokumentation für unabdingbar, um den gesetzlichen Prüfauftrag zu erfüllen. Sollte dies nicht auf Ebene einer Spitzenverbandsvereinbarung gelingen, so muss der Weg über eine gesetzlich vorbereitete Ersatzvornahme funktionieren.

Der GKV-Spitzenverband hat in Zusammenarbeit mit dem Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie (KCCP) Vorschläge für eine bundesweite PIA-Dokumentation entwickelt (vgl. [2]). Ausgangsbasis ist das bayerische System. Es erfasst berufsgruppen- und zeitaufwandsbezogen die wesentlichen Leistungen der PIAs (Tabelle 4: Die quantitativ bedeutsamen Leistung sind fett gedruckt).

Leistungsart	Minuten	Ärzte	Psychologen	Pflege	Sozialpädagogen	Beschäftigungs-therapeuten
Dokumentation		101	201			
Einzeltherapie	10	110	210	310	410	
	20	111	211	311	411	511
	40	112	212	312	412	512
	60	113	213	313	413	513
	90	114	214	314	414	514
	120	115	215	315	415	515
	180	116	216	316	416	516
Kleingruppe	240			317	417	
	60	143	243	343	443	543
	90	144	244	344	444	544
	120	145	245	345	445	545
Großgruppe	180			346	446	546
	60	153	253	353	453	553
	90	154	254	354	454	554
	120	155	255	355	455	555
	180			356	456	556
Fahrzeit	240					557
	300					558
	10	160	260	360	460	560
	20	161	261	361	461	561
	40	162	262	362	462	562
	60	163	263	363	463	563
	90	164	264	364	464	564
120	165	265	365	465	565	
180	166	266	366	466	566	
Labor –Standard				170		
Spiegelbestimmung				171		
Stäbchentest				172		
quant. Bestimmung				173		
CT				180		
NMR				190		
Fallbespr.	10			600		
	20			609		
Personal appar. Diagnostik	10			770		
	20			771		
	40			772		
	60			773		

Quelle: Eigene Darstellung (fett gedruckt: häufig abgerechnete Leistungen in drei ausgewerteten PIA aus Bayern 2010)

Gegen das bayerische System können ähnliche Vorwürfe erhoben werden wie gegen den gegenwärtigen Psych-OPS: Es ist stark inputorientiert und medizinisch wenig gehaltvoll. Eine medizinisch aussagekräftige Weiterentwicklung würde ein System darstellen, das im folgenden mit „Bayern medical“ bezeichnet wird (Tabelle 5). Es differenziert psychiatrische Interventionen und unterscheidet z.B., ob Psychotherapie oder Kompetenztraining Inhalt der Behandlung ist.

Tab. 5 „Bayern medical“

Setting	Leistungsart	Ärzte (1)	Psychologen (2)	Pflege (3)	Sozialpädagogen (4)	Beschäftigungs-therapeuten (5)
Dokumentation	Dokumentation AmBADO ¹	100	200			
Fallbesprechung	interdisziplinär ²					600
Labor/Diagnostik	Labor ³					700
Einzeltherapie (0) und (1)	(1) nicht näher bezeichnet	101.1 - .3	201.1 - .3	301.1 - .3	401.1 - .3	501.1 - .3
	(2) Psychotherapie definiert ⁴	102.1 - .3	202.1 - .3			
	(3) Psychotherapie ⁵	103.1 - .3	203.1 - .3			
	(4) alltagsspezifisches Kompetenztraining			304.1 - .3	404.1 - .3	504.1 - .3
	(5) Soziotherapie				405.1 - .3	
	(6) übende Verfahren ⁶	106.1 - .3	206.1 - .3	306.1 - .3	406.1 - .3	506.1 - .3
	(7) spezifisches Therapieverfahren ⁷					507.1 - .3
	(9) Pflege-Diagnostik ⁸			309.1 - .3		
	(10) spezifische Testverfahren	110.1 - .3	210.1 - .3			
	(11) vertiefte Exploration	111.1 - .3	211.1 - .3	311.1 - .3	411.1 - .3	511.1 - .3
	(12) sozialpsychiatrische Grundversorgung ⁹	112.1 - .3	212.1 - .3	312.1 - .3	412.1 - .3	512.1 - .3
	(13) Besprechung mit Bezugspersonen ¹⁰	113.1 - .3	213.1 - .3	313.1 - .3	413.1 - .3	513.1 - .3
	(14) Krisenintervention	114.1 - .3	214.1 - .3	314.1 - .3	414.1 - .3	514.1 - .3
	(15) medikamentöse Einstellung / Umstellung	115.1 - .3				
	(16) medikamentöse Begleitung + Beratung			316.1 - .3		
	(17) administrative Tätigkeiten ¹¹	117.1 - .3	217.1 - .3	317.1 - .3	417.1 - .3	517.1 - .3
	Kleingruppe (2) (bis zu 5 Patienten)	(1) nicht näher bezeichnet	121.1 - .3	221.1 - .3	321.1 - .3	421.1 - .3
(2) Psychotherapie definiert ⁴		122.1 - .3	222.1 - .3			
(3) Psychotherapie ⁵		123.1 - .3	223.1 - .3			
(4) alltagsspezifisches Kompetenztraining				324.1 - .3	424.1 - .3	524.1 - .3
(5) Soziotherapie					425.1 - .3	
(6) übende Verfahren ⁶		126.1 - .3	226.1 - .3	326.1 - .3	426.1 - .3	
(7) spezifisches Therapieverfahren ⁷						527.1 - .3
(8) co-therapeutische Tätigkeiten		128.1 - .3	228.1 - .3	328.1 - .3	428.1 - .3	528.1 - .3
Großgruppe (3) (mehr als 5 Patienten, höchstens 12 Patienten)	(1) nicht näher bezeichnet	131.1 - .3	231.1 - .3	331.1 - .3	431.1 - .3	531.1 - .3
	(2) Psychotherapie definiert ⁴	132.1 - .3	232.1 - .3			
	(3) Psychotherapie ⁵	133.1 - .3	233.1 - .3			
	(4) alltagsspezifisches Kompetenztraining			334.1 - .3	434.1 - .3	534.1 - .5
	(5) Soziotherapie				435.1 - .3	
	(6) übende Verfahren ⁶	136.1 - .3	236.1 - .3	336.1 - .3	436.1 - .3	
	(7) spezifisches Therapieverfahren ⁷					537.1 - .3
	(8) co-therapeutische Tätigkeiten	138.1 - .3	238.1 - .3	338.1 - .3	438.1 - .3	538.1 - .3
Fahrzeit (40)		140.1 - .3	240.1 - .3	340.1 - .3	440.1 - .3	540.1 - .3

- ¹ einmal jährlich pro Patient
 - ² pro Patient max. 2 x/Jahr
 - ³ Routine-Labor, Spiegelbestimmungen u.ä.
 - ⁴ tiefenpsychologische Psychotherapie oder analytische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie
 - ⁵ andere Verfahren und Methoden
 - ⁶ z.B. Autogenes Training
 - ⁷ z.B. Ergotherapie oder Arbeitstherapie
 - ⁸ inkl. Fremdbeurteilungstests
 - ⁹ z.B. Verlaufsgespräch, Case-Management
 - ¹⁰ z.B. Telefonat mit Betreuer
 - ¹¹ direkt mit / direkt für Patienten, z.B. Behördenkontakt
1. Ziffer: Berufsgruppe
2. Ziffer: Setting
3. Ziffer: Leistungsart
4. Ziffer Minuten:
0-20 Minuten = 1
20-60 Minuten = 2
über 60 Minuten = 3

Quelle: Eigene Darstellung

Nachteil der Systematik „Bayern medical“ ist der hohe Komplexitätsgrad. Man würde ihn eventuell zunächst im stationären Bereich vorsehen – also als Weiterentwicklung des OPS. Als weniger komplexes System wurde des Weiteren eine Variante „Bayern light“ entwickelt, die als Einstieg eine stark vereinfachte Minimaldokumentation darstellt (Tabelle 6). Der große Vorteil wäre, dass keine doppelte Dokumentation für jene Länder erfolgen müsste, die jetzt schon nach Bayerischem Modell dokumentieren. Wichtig wäre für beide Varianten, dass das Patientenpseudonym identisch mit dem stationärem Sektor ist. Nur so lassen sich später sektorübergreifende Entgeltvarianten entwickeln. Technisch umsetzbar ist die Dokumentation als vertraglich vereinbarte OPS-Ergänzung, was allerdings ein Datumsfeld im § 301- Ambo-Datensatz erfordert.

Tab. 6 „Bayern light“

Leistungsart	Minuten					
		Ärzte	Psychologen	Pflege	Sozialpädagogen	Beschäftigungstherapeuten
Dokumentation		101b	201b			
Einzeltherapie	bis 20 Minuten	111b	211b	311b	411b	511b
	bis 60 Minuten	113b	213b	313b	413b	513b
	über 60 Minuten	116b	216b	317b	417b	516b
Gruppentherapie		144b	245b	346b	446b	546b
Fahrzeit	bis 20 Minuten	161b	261b	361b	461b	561b
	über 20 Minuten	166b	266b	366b	466b	566b
Diagnostik		170b				
Fallbestprechung		600b				

Quelle: Eigene Darstellung

4. Ordnungspolitischer Rahmen

Die Diskussion über den ordnungspolitischen Rahmen des künftigen Psych-Entgeltsystems steht erst am Anfang. Der GKV-Spitzenverband hat erste Positionen (zusammen mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen e.V., PKV) inzwischen veröffentlicht (vgl. [3]). Leicht divergierende Positionen sind in einem gemeinsamen Papier von AOK-Bundesverband (AOK-BV) und dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) formuliert.

Die Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zum ordnungspolitischen Rahmen lauten verkürzt wie folgt:

1. zügiger Umstieg auf die leistungsbezogene Vergütung (längere, budgetneutrale Entwicklungsphase notwendig)
2. Vielfalt von Vergütungsformen (Tages-, Fall-, Zeitpauschalen) auf Basis eines einheitlichen Relativgewichtssystems
3. PIA: bundesweit nach Leistung differenzierte Vergütung, Zuordnung in den spezialärztlichen Bereich (ab 2012 bundeseinheitliche Dokumentation)
4. einheitliches Krankenhausvergütungssystem (Ergänzung des KHEntgG um Psych-Regelungen)
5. langfristig einheitlicher Landesentgeltwert für Psychiatrie und Somatik
6. alternative Vergütungsformen (Regionalbudgets) bei Ausgliederung aus dem Landesentgeltvolumen ermöglichen
7. keine selektivvertraglichen Modelle in der psychiatrischen Versorgung
8. kostenneutrale Konvergenz sicherstellen (Fehler bei DRG-Einführung vermeiden)
9. sektorübergreifende Qualitätssicherung und stärker medizinisch geprägte Prozedurenklassifikation
10. Wahrung der Beitragssatzstabilität über den Landesentgeltwert unter Berücksichtigung von Zusatzbeiträgen

Der gesetzestechnische Vorgang könnte sich wie folgt darstellen: Die Bundespflegesatzverordnung wird außer Kraft gesetzt. Im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) werden ergänzende Regelungen für den Bereich der psychiatrischen Versorgung kodifiziert. Dies geschieht

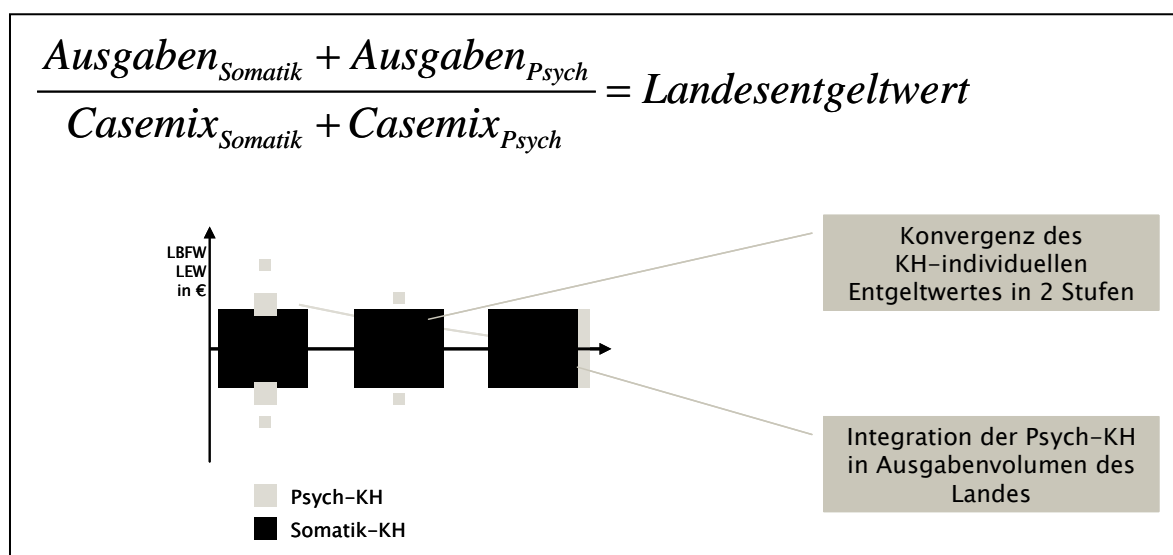
insbesondere durch eine Bereinigung von zu stark fallbezogenen Formulierungen (z.B. Landesentgeltwert statt Landesbasisfallwert) sowie durch das Einfügen von Übergangsregeln. Es erfolgt eine Erweiterung des Landesentgeltvolumens (Summe der Bewertungsrelationen um das Spektrum psychiatrischer Krankheiten).

Allerdings ist Vorsicht geboten. Ein allzu schneller Übergang zu einem System, das „leistungsorientiert“ die Zahl der Krankenhaustage erhöht, wäre fatal für Kassenfinanzen und Patienten. Erst muss ein Weg (bzw. eine Entgeltsystematik) gefunden werden, die die Substitution stationärer Leistungen durch ambulante Leistungen ermöglicht. Dann erst ist die Integration in ein umfassendes Vergütungssystem mit Psychiatrie und Somatik sinnvoll.

Unsere Prognose lautet daher, dass es eine längere budgetneutrale Phase (Budgetfestsetzung nach altem Recht, Abrechnung nach neuem Recht) geben wird.

Grundsätzlich gilt im neuen Psych-Entgeltsystem ein Tagesbezug. Das schafft jedoch einen immanenten Anreiz, mehr Tage zu generieren – was schlecht für Versicherte und Kassenfinanzen ist. Das Ziel muss deshalb eine frühe Ausdifferenzierung des Vergütungssystems mit Tages-, Fall- und Zeitpauschalen sein. Alle diese Vergütungsformen sind gleichzeitig in einem Relativgewichtssystem abbildbar. Auch im DRG-System gibt es tages- und fallbezogene Relativgewichte, so dass letztlich alle Vergütungsformen in einem einheitlichen System von Bewertungsrelationen integriert werden könnten. Dies ermöglicht die Konvergenz an ein gemeinsames, landesbezogenes Preisniveau der Somatik und Psychiatrie (Abbildung 8).

Abb. 8 Konvergenz zum Landesentgeltwert



Quelle: Eigene Darstellung

Bezüglich der Einbeziehung ambulanter Leistungen (PIA-Prüfauftrag) sei auf eine Komplikation hingewiesen, die derzeit im Rahmen des Versorgungsgesetzes diskutiert wird. Es hat sich in Deutschland in den letzten beiden Jahrzehnten ein Versorgungsbereich gebildet, in dem gleichermaßen ambulant tätige Krankenhäuser wie Vertragsärzte tätig sind. Dieser wird inzwischen als „spezialärztliche Versorgung“ bezeichnet und umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Regelungen im Sozialgesetzbuch, so z.B. das ambulante Operieren nach § 115b

SGB V oder hochspezialisierte Leistungen bzw. Behandlungen von Krankheiten mit besonderem Verlauf gemäß 116b SGB V. Auch die PIA-Behandlung ist dieser Definition nach spezialärztliche Leistung. Es wird derzeit daran gearbeitet, für den spezialärztlichen Bereich einen Ordnungsrahmen (Vergütung, Zulassung etc.) zu schaffen, der gleichermaßen für Krankenhäuser und Vertragsärzte gültig ist. Die ambulante Versorgungslandschaft würde künftig drei statt zwei Versorgungsbereiche umfassen (Abbildung 9).

Abb. 9 Dreiteilung der ambulanten Versorgung

<p>Spezialärztliche Leistungen</p> <p>Niedergelassene Fachärzte und Krankenhäuser</p>
<p>Allgemeine fachärztliche Versorgung</p> <p>Niedergelassene Fachärzte</p>
<p>Ärztliche Primärversorgung</p> <p>Niedergelassene Haus-, Kinder-, Frauenärzte</p>

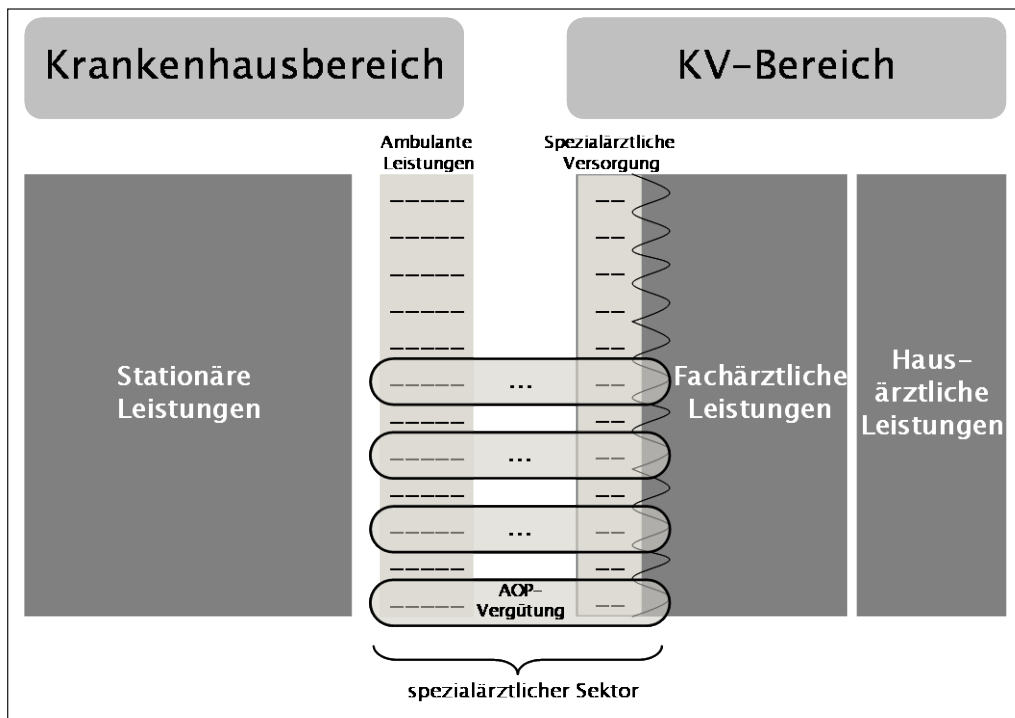
Quelle: Eigene Darstellung

Die Vorstellungen der GKV zur Neuordnung der spezialärztlichen Versorgung können hier nicht en detail dargestellt werden, sind jedoch in einem Positionspapier nachlesbar:

http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Ambulante_KH_Leistungen_Spezialaerztliche_Versorgung.gkvnet

Alles andere als trivial ist die Abgrenzung des neuen Versorgungsbereiches, weil diese letztlich verlangt, „eine Schneise durch die fachärztliche Versorgung zu schlagen“ (Abbildung 10).

Abb. 10 Leistungsbereiche definieren!

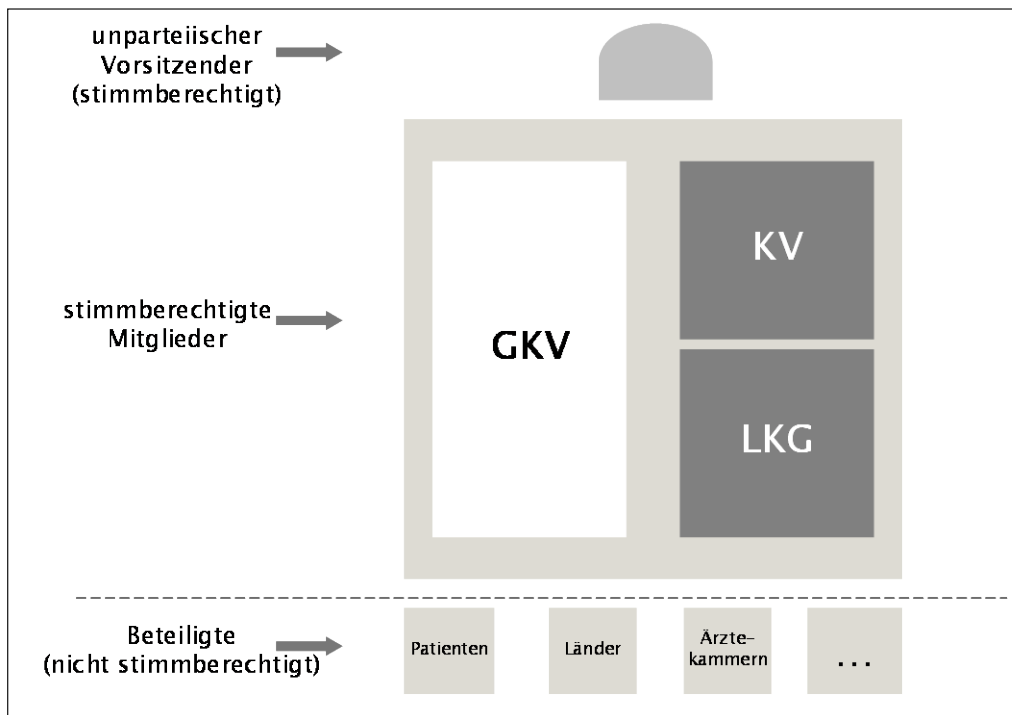


Quelle: Eigene Darstellung

Alle Leistungen müssen letztlich klar einem der Versorgungsbereiche zugeordnet werden. Ein vergleichsweise einfacher Fall ist das ambulante Operieren, weil hier bereits ein vertraglich vereinbarter Katalog existiert. Für die anderen Bereiche müssen Trenner identifiziert werden, so z.B. bei § 116b HIV alle Leistungen der HIV-Spezialambulanzen.

Ziel der Neuordnung sollte eine gemeinsame Verhandlung und Preisfestsetzung sein, die in einer Art G-BA-Parität erfolgen müsste, also einer Verhandlung, bei der die Kassen die eine Seite und die Gesamtheit der Leistungserbringer die andere Seite bilden (Abbildung 11).

Abb. 11 G-BA-Parität (Verhandlung auf Landes- und Bundesebene)



Quelle: Eigene Darstellung

Denkt man diese neue Rechtskonstruktion konsequent zu Ende, dann wäre der Bereich spezialisierter psychiatrischer Leistungen gemeinsam mit KVen und ambulant tätigen Krankenhäusern zu verhandeln.

Es sei abschließend noch die Bemerkung erlaubt, dass unseres Erachtens die im Referentenentwurf für das Versorgungsgesetz vorgesehene Verengung der spezialärztlichen Versorgung auf den § 116b SGB V dem Handlungsbedarf nicht gerecht wird.

Lassen Sie mich die Leitlinien für den ordnungspolitischen Rahmen zusammenfassen:

- ➔ Ein sofortiger Übergang zur „leistungsbezogenen Vergütung“ mit Tagesbezug und Kostenmaximierung hätte fatale Wirkungen für Ausgaben und Qualität der Versorgung.
- ➔ Essentiell ist die Substitution stationärer durch ambulante Leistungen. Die PIA-Leistungen müssen in einem bundesweiten System transparent werden. Dann müssen sie – möglicherweise im Rahmen eines umfassenden spezialärztlichen Ordnungsrahmens – differenziert vergütet werden.
- ➔ Ziel einer Neuordnung muss die Re-Integration der psychiatrischen Versorgung im Gesetzesrahmen eines Krankenhausentgeltgesetzes sein. Am Ende steht ein System von Relativgewichten mit einheitlichem Landesentgeltwert.

5. Nächste Schritte

Was sind die nächsten Schritte bei der Entwicklung und Einführung des Psych-Entgeltsystems? Sieht man einmal von den Hauptakteuren – den psychiatrischen Einheiten –

ab, dann sind folgende Akteure relevant: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Parlament, die Spitzenverbandspartner DKG und GKV-Spitzenverband (+PKV), das InEK und die Kalkulationshäuser sowie im Bereich der Qualitätssicherung der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA).

BMG und Parlament

Es sind Regelungen zur PIA-Dokumentation als Ersatzvornahme vorzusehen, da eine Zustimmung der DKG zu einer bundesweiten Dokumentation gegenwärtig nicht absehbar ist. Sinnvoll ist eine solche Regelung im Versorgungsstrukturgesetz.

Es sind spätestens Anfang der nächsten Jahre Regelungen für die budgetneutrale Phase zu treffen, damit ein gewisses Maß an Zukunftssicherheit für die psychiatrischen Einrichtungen besteht. Angesichts der noch wenig absehbaren Struktur des künftigen Entgeltsystems und angesichts des noch überhaupt nicht abschätzbaren Konvergenzbedarfs ist derzeit eine Regelung des gesamten ordnungspolitischen Rahmenwerkes eher unwahrscheinlich. Möglicherweise beschränkt sich der Gesetzgeber darauf, im ersten Schritt ausschließlich die budgetneutrale Einführung zu regeln.

Schließlich sind OPS und ICD weiter zu entwickeln, was unter der Obhut des BMG im Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) geschieht (also keine Selbstverwaltungsaufgabe ist). Hier muss das System medizinisch gehaltvoller werden.

DKG und GKV-Spitzenverband (+ PKV)

Damit die beiden Prüfaufträge verantwortungsvoll abgearbeitet werden können, müsste auf Spitzenverbandsebene eine PIA-Dokumentation vereinbart werden. Sinnvoll ist der Start zum 01.01.2012. Gegenwärtig ist der Stand der Verhandlungen nicht ermutigend.

Anders als bei der DRG-Einführung soll die Begleitforschung dieses Mal rechtzeitig auf den Weg gebracht werden. Im Spitzengespräch vom 28.06.2011 ist bereits die Vergabe einer Machbarkeitsstudie erfolgt. Die Vergabe (nach europaweiter Ausschreibung) dürfte 2012 möglich sein.

Wenig absehbar ist derzeit der Prozess, um zu einer Grundstruktur der Psych-Entgelte und der Abrechnungsregeln zu kommen (siehe oben, wöchentliche Tagessatzanpassung etc.). Nicht unwahrscheinlich ist ein eher informeller Abstimmungsprozess mit anschließender Einigung auf einen Vorschlag des InEK. Anders als die beiden Spitzenverbandspartner hat das InEK Einsicht in die Kalkulationsdaten und kann die Wirkung alternativer Szenarien durchspielen.

InEK (und Kalkulationshäuser)

Derzeit (Sommer 2011) findet im InEK die Auswertung der sogenannten Probekalkulation statt. Sie ist Basis für einen ersten Grouper, der um die Jahreswende kommen könnte.

Die Weiterentwicklung des Kalkulationshandbuchs (Jahresende 2011) nach den ersten Kalkulationserfahrungen gehört zu den dann schon routinemäßigen Entwicklungsschritten des Psych-Entgeltsystems.

Die Entscheidungen für das erste Psych-Entgeltsystem stehen im Herbst 2012 an. Basis für Grouper und Abrechnungsregeln ist das Datenjahr 2011.

G-BA (Qualitätssicherung)

Bislang gibt es keine externe Qualitätssicherung im Psych-Bereich. Externe Qualitätssicherung wird in Deutschland vorrangig in jenen Bereichen eingeführt, in denen Fallpauschalen und eine qualitätsrelevante Vergütung etabliert wurden. Die Qualitätssicherung folgt gewissermaßen der Vergütung. Sinnvoll ist für die Psychiatrie eine sektorübergreifende Qualitätssicherung. Diese ist jedoch – obwohl seit Inkrafttreten des Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) zum 01.04.2007 gesetzlich vorgesehen – mit erheblichen Anlaufschwierigkeiten verbunden. Noch gibt es kein einziges funktionierendes Verfahren und mit ersten belastbaren Zahlen ist erst 2016 zu rechnen.

Aber es gibt erste Vorarbeiten im G-BA – vornehmlich ein Modellprojekt zur Depression – allerdings mit starker Konzentration auf Pharmakotherapie. An anderen Vorarbeiten sind die Entwicklung von Qualitätssicherungsindikatoren für Schizophrenie im Auftrag des AOK-BV und die systematische Übersicht des GKV-Spitzenverbandes in Form eines Qualitätsindikatoren-Thesaurus (www.Quinth.de) zu nennen.

Wie Sie diesen Ausführungen entnehmen konnten, ist bei der Entwicklung eines neuen Entgeltsystems noch vieles offen. Uns ist bewusst, dass dieser Umstand auch zu Unsicherheit führen kann, insbesondere bei den Berufsgruppen vor Ort. Wir nehmen diese Vorbehalte ernst und versuchen so gut wie möglich, Anregungen und Kritik aus dem Kreis der beteiligten Akteure in unsere Überlegungen und Konzepte zu integrieren. Der Entwicklungsprozess ist auf den Weg gebracht und wir sollten gemeinsam die neuen Datenbestände zur Weiterentwicklung nutzen. Neben all den Unwägbarkeiten, die ein solcher Reformprozess mit sich bringt, sehen wir aber auch große Chancen für eine bessere Versorgung der betroffenen Patienten und für den Auf- und Ausbau einer effektiven und effizienten Versorgung.

Literatur:

- [1] Haas, A., Leber, W.-D.: Konturen künftiger Psych-Entgelte, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2011, Stuttgart 2011, S. 209 ff.
- [2] www.gkv-spitzenverband.de,
Leber, W.-D., Haas, A., Hahn, J., Tolzin, C. J., Martinsohn-Schittkowski, W.: PIA-Dokumentation, Konzept des GKV-Spitzenverbandes und des KompetenzCentrums für Psychiatrie und Psychotherapie (KCCP) zur Erfassung der Leistungen in den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), Berlin, 20.04.201, (Abgerufen: 19.07.2011: www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie_PIA_Dokumentation.gkvnet)
- [3] www.gkv-spitzenverband.de,
GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung e. V.: Grundsätze zur Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

nach § 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), Berlin/Köln, 29.03.2011,
(Abgerufen: 19.07.2011: [www.gkv](http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie_Ordnungsrahmen.gkvnet)
band.de/KH_Psychiatrie_Ordnungsrahmen.gkvnet)