

# 17 Krankenhausvergleich in der Psychiatrie – der gemeinsame Vergleich nach § 5 BpflV und Diskussion eines alternativen Ansatzes

Jörg Friedrich und Frank Reiner mann

## 17.1 Ausgangslage

Die Bestimmung von medizinisch leistungsgerechten Budgets ist die große Herausforderung der jährlich wiederkehrenden Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern. Die Bundespflegesatzverordnung (BpflV) sieht deshalb in § 6 Abs. 1 Nr. 5 explizit die Berücksichtigung der Ergebnisse von Krankenhausbetriebsvergleichen vor. Sie regelt in § 5 Abs. 1-3, dass diese zur Unterstützung der Vertragsparteien durch die Selbstverwaltung bereitzustellen sind. Der gemeinsame Vergleich soll die Transparenz auf dem „Krankenhausmarkt“ erhöhen und durch die Veröffentlichung von Orientierungsdaten einen Preiswettbewerb ermöglichen. Dabei sollen nur Einrichtungen mit ähnlichen Leistungsstrukturen miteinander verglichen werden.

Für den Bereich der Krankenhäuser und Abteilungen, die der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) unterliegen, wurde in der Arbeitsgemeinschaft zum gemeinsamen Krankenhausvergleich nach § 5 BpflV ein eigenes Vergleichsverfahren vereinbart.

Die BpflV räumt der Psych-PV einen besonderen Status ein. In § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 wird die Möglichkeit eröffnet, die Budgetobergrenze zu überschreiten, wenn die Vorgaben der Psych-PV bezüglich der Personalstellen dies erforderlich machen. Jedoch nur, wenn das Krankenhaus alle Wirtschaftlichkeitsreserven bereits ausgeschöpft hat.<sup>1</sup> Der gemeinsame Krankenhausvergleich kann hier wertvolle Hinweise liefern.

---

<sup>1</sup> Dies ergibt sich aus § 6 Abs.1 Satz 4 BpflV und wird sowohl durch das BMG als auch durch das Urteil des Verwaltungsgerichts Düsseldorf vom 03. April 2001 bestätigt (Schreiben BMG vom 14. April 2000 an die DKG). „Der Gesetzgeber hat allerdings in Abweichung von § 71 Abs. 2 Satz 2 SGB V mehrere Finanzierungs-Sondertatbestände in § 6 BpflV verankert; danach darf der Gesamtbetrag für die Erlöse eines Krankenhauses auch oberhalb der Veränderungsrate vereinbart werden, soweit einer der in § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1-5 BpflV enumerativ aufgeführten Tatbestände dies erforderlich macht. Die „Erforderlichkeit“ zur Überschreitung der Veränderungsrate ist eine eigenständige Finanzierungsvoraussetzung und nur in dem Umfang gegeben, in dem die Finanzierung des Sondertatbestandes nicht bereits innerhalb der Veränderungsrate möglich ist.“

Insgesamt unterliegen ca. 750 Einrichtungen und Abteilungen mit rund 62.000 Betten der Psych-PV. Ein Großteil entfällt auf die Erwachsenenpsychiatrie mit 593 Einrichtungen und Abteilungen und rund 57.000 Betten, die sich auf unterschiedliche Schwerpunkte verteilen (Tabelle 17-1).

Diese Einrichtungen repräsentieren ein Budgetvolumen<sup>2</sup> von ca. 2,6 Mrd. €, was ca. 5% der Gesamtausgaben für stationäre Krankenhausbehandlung entspricht (Quelle: WIdO 2000).

Während der gemeinsame Betriebsvergleich für somatische Fachabteilungen durch die DRG-Einführung ab 2003 eine ungewisse Zukunft hat<sup>3</sup>, behält er für psychiatrische Einrichtungen seine Bedeutung: In § 17b Abs.1 Satz 1 regelt das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dass für Einrichtungen, die der Psych-PV unterliegen, ab 2003 keine DRGs vergütet werden und somit die BpflV weiterhin anzuwenden ist.

Nach einer kurzen Vorstellung der Psych-PV soll im zweiten Teil dieser Arbeit zunächst das Verfahren des gemeinsamen Krankenhausvergleichs vorgestellt werden. Wir möchten im dritten Teil ein alternatives Vergleichsverfahren zur Diskus-

Tabelle 17-1: Schwerpunkte in der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie

Bezeichnung	Anzahl
2900 Allgemeine Psychiatrie	378
2928 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	1
2931 Allgemeine Psychiatrie/Psychosomatik und Psychotherapie	2
2950 Allgemeine Psychiatrie/Suchtbehandlung	21
2951 Allgemeine Psychiatrie/Gerontopsychiatrie	16
2960 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik	162
2961 Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik	5
2990 Allgemeine Psychiatrie/ohne differenzierten Schwerpunkt	8
<b>Summe:</b>	<b>593</b>

VG Düsseldorf AZ.: 3K 7511/00, Seite 9 Abs.1:

„§ 6 Abs. 3 S. 1 BpflV bestimmt, dass „nur“ in den unter Nr. 1. bis 3. genannten Fällen die Veränderungsrate überschritten werden dürfe; es handelt sich also um eine notwendige und nicht um eine hinreichende Bedingung einer solchen Überschreitung. .... Vielmehr verlangt diese Bestimmung für die Überschreitung der Veränderungsrate, dass die in Nrn. 1-3 benannten Umstände dies „erforderlich“ machen. ...Eine Überschreitung [ist] aber nur dann in diesem Sinne erforderlich, wenn die Wirtschaftlichkeitsreserven des Krankenhauses bereits ausgeschöpft sind; in allen anderen Fällen genügt es nämlich, diese Reserven zu nutzen.“

2 nach Formular K5 Nr. 9 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung zur BpflV 2000.

3 Die DKG hat mit Schreiben vom 19.06.2002 die Vereinbarung nach §5 BpflV zum Krankenhausvergleich zum 31.12.2002 aufgekündigt, dabei aber die Bereitschaft signalisiert, „die für die Psychiatrie enthaltenen Regelungen in eine neue Vereinbarung zum Vergleich in der Psychiatrie zu überführen.“

sion stellen und im Anschluss beide Ansätze anhand eines Datensatzes gegenüberstellen.<sup>4</sup>

## 17.2 Teil I: Die Psychiatrie-Personalverordnung

Die Psych-PV trat 1990 mit der primären Zielsetzung in Kraft, die personelle Ausstattung in psychiatrischen Abteilungen und Einrichtungen zu verbessern. Nach damals vorherrschender Meinung scheiterten reintegrative Therapieformen, die den Patienten der selbständigen Lebensgestaltung außerhalb der stationären Einrichtung befähigen sollten, an unzureichender Personalbemessung.<sup>5</sup> Die vor 1990 eingesetzten Verfahren zur Bestimmung des Personalbedarfs orientierten sich maßgeblich an der Anzahl der Stationen bzw. Betten und führten somit zu einer Verfestigung bestehender Strukturen. Leistungsbezogene Kennzahlen fehlten.

Die Verordnung gilt gemäß § 1 Abs. 2 Psych-PV für alle psychiatrischen Einrichtungen und Abteilungen, auf die KHG und BpflV Anwendung finden. Sie unterscheidet in Einrichtungen für Erwachsene und solche für Kinder und Jugendliche. Die folgenden Ausführungen legen den Fokus auf die Erwachsenenpsychiatrie.

Die Bemessung des notwendigen Personalbedarfs in der Erwachsenenpsychiatrie ergibt sich aus der Eingruppierung der behandelten Patienten in die drei Behandlungsbereiche „Allgemeine Psychiatrie“, „Abhängigkeitskranke“ und „Gerontopsychiatrie“, die wiederum in sechs Behandlungsgruppen differenziert wurden (Tabelle 17-2).

Die Psych-PV gibt in der Anlage 1 zu § 4 Abs. 1 für jede der 18 Behandlungsgruppen einen dezidierten Rahmen vor, der maßgeblich für die Eingruppierung von Patienten ist. Die Eingruppierung erfolgt auf der Basis der drei Kriterien „Wer?“

Tabelle 17-2: Behandlungsbereiche und -gruppen nach Psych-PV

Allgemeine Psychiatrie	Abhängigkeitskranke	Gerontopsychiatrie
A1 Regelbehandlung	S1 Regelbehandlung	G1 Regelbehandlung
A2 Intensivbehandlung	S2 Intensivbehandlung	G2 Intensivbehandlung
A3 Rehabilitative Behandlung	S3 Rehabilitative Behandlung	G3 Rehabilitative Behandlung
A4 Langandauernde Behandlung Schwer- u. Mehrfachkranker	S4 Langandauernde Behandlung Schwer- u. Mehrfachkranker	G4 Langandauernde Behandlung Schwer- u. Mehrfachkranker
A5 Psychotherapie	S5 Psychotherapie	G5 Psychotherapie
A6 Tagesklinische Behandlung	S6 Tagesklinische Behandlung	G6 Tagesklinische Behandlung

<sup>4</sup> Diese Arbeit legt den Fokus darauf, das Gruppenbildungsverfahren zu diskutieren. Im Modell der Ebenen des Krankenhausvergleichs konzentrieren wir uns damit auf die zweite Ebene „Wer wird mit wem verglichen?“ (vgl. Hoyer et. al. 2000). Die vorgestellten Verfahren zur Gruppenbildung korrespondieren auch mit anderen Orientierungswerten als die hier verwendeten.

<sup>5</sup> Vgl. Kunze et al. 1996, S. 9.

(Patientengruppe), „Was?“ (Behandlungsziel) und „Wie?“ (Behandlungsmittel). Für jede Behandlungsgruppe wurde das spezifische Tätigkeitsprofil aller therapeutischen und pflegerischen Berufsgruppen<sup>6</sup> durch eine Expertengruppe unter Leitung des BMA erarbeitet.

Zudem definiert die Psych-PV den Personalbedarf anhand von Arbeitsminuten je Patient und Woche je Berufsgruppe. Diese Angabe bezieht sich lediglich auf den Regeldienst.

An vier festgelegten Stichtagen<sup>7</sup> p. a. ordnet der verantwortliche Arzt jeden aktuell behandelten Patienten einer Behandlungsgruppe zu.<sup>8</sup> Die Summe der Minutenwerte bilden den Personalbedarf je Dienstart ab. Um die pflegerische Grundversorgung sicherzustellen, wird zum Personalbedarf Pflegedienst ein Stationssockel von 5000 Minuten addiert, für Ärzte, Pflegekräfte und Diplompsychologen werden zusätzliche Leitungskräfte berücksichtigt. Der so ermittelte Personalbedarf bildet die Ausgangsbasis für die Budgetforderung der einzelnen Einrichtungen und Abteilungen. Die Personalbessung außerhalb des Regeldienstes wird zusätzlich vereinbart. Die Psych-PV macht hier keine Vorgaben.

### 17.3 Teil II: Der gemeinsame Krankenhausbetriebsvergleich nach § 5 BpflV für psychiatrische Einrichtungen

Die Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der DKG zum gemeinsamen Krankenhausvergleich in der Fassung vom 18.12.2001 regelt das Vergleichsverfahren in der Psychiatrie.<sup>9</sup> Abweichend von der Methodik für somatische Fachabteilungen werden vergleichbare psychiatrische Abteilungen und Einrichtungen nicht auf Basis der Diagnosen aus der L4-Statistik ermittelt, sondern anhand der Eingruppierung nach Psych-PV.<sup>10</sup> Dieser Ansatz folgt dem Grundgedanken, dass Einrichtungen und Abteilungen mit ähnlicher Patientenstruktur nach Psych-PV über ähnliche Leistungs-, Personal- und Kostenstrukturen verfügen müssten (Vgl. Abbildung 17-1).

Ähnlichkeiten in diesen Strukturen innerhalb der Vergleichsgruppen sollten mit homogenen Abteilungspflegesätzen korrespondieren. Unterschiede in den Pflege-

6 Ärzte, Krankenpflegepersonal, Diplompsychologen, Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten und Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen.

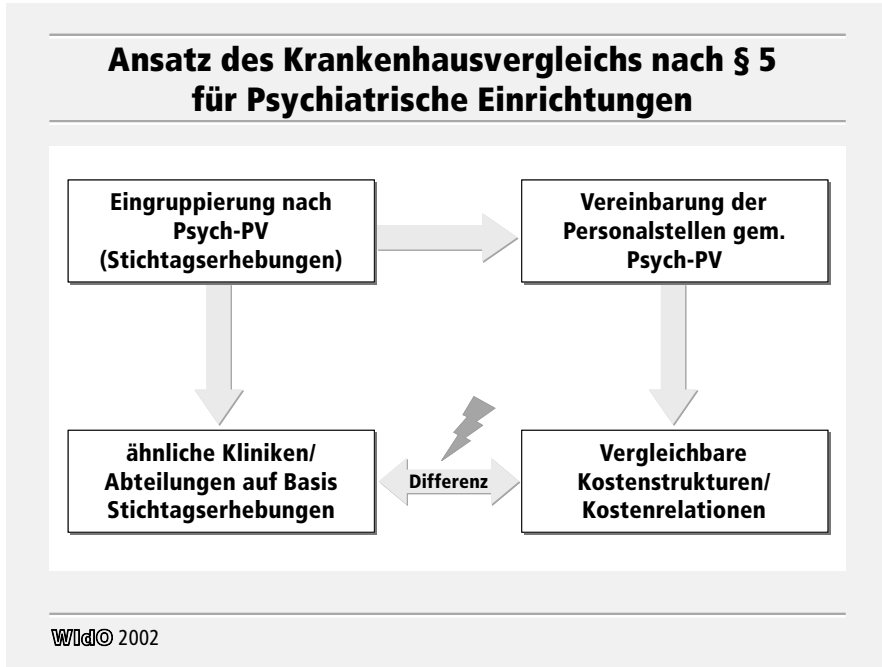
7 § 4 Abs. 3 Psych-PV: „Die Stichtagserhebungen sind jeweils am dritten Mittwoch der Monate Januar, April, Juli und Oktober durchzuführen. Abweichende Regelungen der Vertragsparteien sind zulässig.“

8 Die Stichtagserhebungen einer Einrichtung können von der realen Leistungstruktur abweichen. Daher müssten die Erhebungsergebnisse validiert und im Bedarfsfall durch die vereinbarte Patientenstruktur ersetzt werden.

9 Vgl.: Anlage 2, Pkt. 3 der Vereinbarung zum gemeinsamen Krankenhausvergleich.

10 Die Behandlungsgruppen bilden dann die erbrachten Leistungen in der Psychiatrie genauer ab als eine (Haupt-)Behandlungsdiagnose. Im Bereich der Somatik komplettiert die Analyse weiterer Daten wie Altersstruktur, OPS-Statistik (L5) usw. die Bewertung des Leistungsspektrums einer Einrichtung.

Abbildung 17-1



sätzen der Vergleichsgruppe resultieren folglich aus Faktoren, die nicht über die Patientenstruktur erklärbar sind. In den Verhandlungen sind diese Differenzen zu plausibilisieren.

Während im somatischen Bereich die Kostenstrukturen auf Fall- und Tagesebene analysiert werden, beschränkt sich die Betrachtung in der Psychiatrie auf den Pflegetag. Untersuchungen zeigen, dass eine Grunderkrankung z. T. mit erheblichen Verweildauerunterschieden behandelt wird.<sup>11</sup> Die generelle Zielsetzung der stationären Psychiatrie, Patienten wieder in ihr gewohntes Umfeld zu integrieren, bedingt häufig, dass sich stationäre Aufenthalte mit Phasen der ambulanten Betreuung abwechseln. Dies führt in der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung zur BPflV (LKA) zu Fallzahlenanstieg und Verkürzung der Verweildauer.

Folglich dürfte sich eine Analyse auf Fallebene in der Psychiatrie nicht auf den Fallbegriff aus der LKA beschränken, sondern müsste den Versorgungsfall (Fall-Kette) betrachten. Weder die LKA noch die Eingruppierungen nach Psych-PV ermöglichen diese patientenbezogene Kostenaggregation. Daher werden im gemeinsamen Krankenhausvergleich in der Psychiatrie die Fallkosten nicht herangezogen. Mit der Beschränkung auf den Pflegetag ist es allerdings nicht möglich, Unwirtschaftlichkeiten aufgrund überlanger Verweildauern aufzudecken.

<sup>11</sup> Vgl. Cording et al. 2001

### 17.3.1 Datenbasis

Für die Gruppenbildung werden die Daten der Stichtagserhebung nach § 4 Psych-PV sowie zusätzlich zu erhebende stationsbezogene Jahresdaten gem. § 5 Abs. 2 bzw. § 9 Abs. 2 Psych-PV herangezogen. Aus diesen zusätzlichen Daten geht die Anzahl der durchschnittlich belegten Betten und die Anzahl der Stationen hervor.

Der Datenstelle des gemeinsamen Krankenhausvergleichs lagen im Juli 2002 für das Jahr 2000 insgesamt 287 Datensätze aus 236 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie vor. Für 2001 wurden die Daten aus 194 Einrichtungen gemeldet.

### 17.3.2 Bildung vom Vergleichsgruppen

Wie im gemeinsamen Krankenhausvergleich der Somatik werden sowohl psychiatrische Fachabteilungen als auch Krankenhäuser analysiert. Die Vergleichsgruppen werden in fünf Schritten gebildet:

#### Schritt 1: Grobauswahl

Die psychiatrischen Einrichtungen werden wie folgt vorgruppiert:

- mit und ohne Versorgungsverpflichtung
- psychiatrische Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

#### Schritt 2: Berechnung der Jahreswerte

Für jede Abteilung, die über einen eigenen Pflegesatz nach § 13 Abs. 2 BPflV verfügt, wird das arithmetische Mittel der vier Stichtagserhebungen des Vorjahrs gebildet.

#### Schritt 3: Feinauswahl

Die ermittelten Daten werden auf Krankenhausebene in sechs Obergruppen aggregiert. Die Zuordnung der Abteilungen auf die Obergruppen orientiert sich an den Schlüsselnummern der Technischen Anlage zu § 301 SGB V (siehe Tabelle 17-3).

Tabelle 17-3: Obergruppen des gemeinsamen Vergleichs

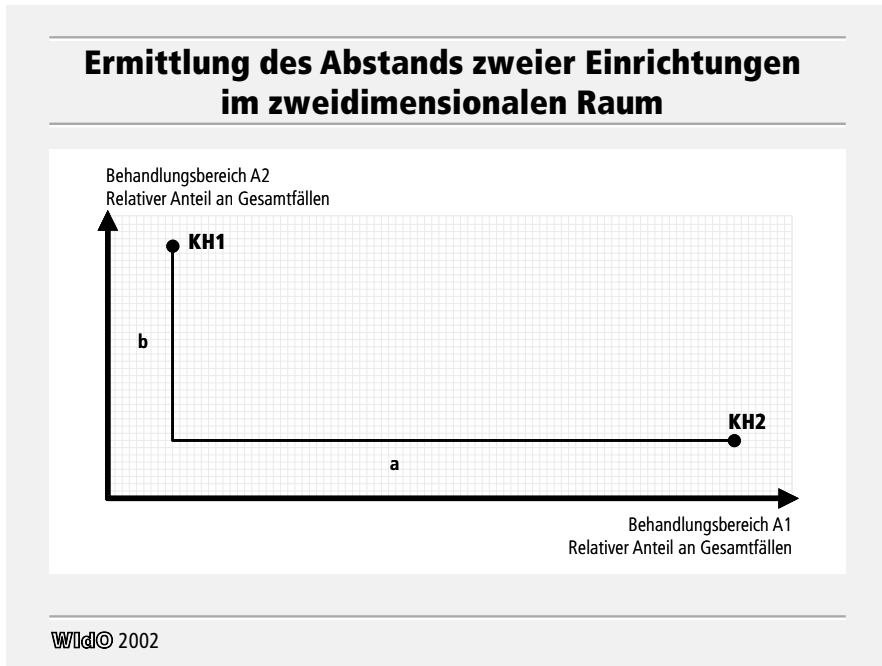
Fachabteilung nach § 301 SGB V	Obergruppe	Behandlungsgruppen
2900 Allgemeine Psychiatrie	Erwachsenenpsychiatrie	A1–G6
2928 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	Erwachsenenpsychiatrie	A1–G6
2931 Allgemeine Psychiatrie/Psychosomatik und Psychotherapie	Erwachsenenpsychiatrie	A1–G6
2950 Allgemeine Psychiatrie/Suchtbehandlung	Erwachsenenpsychiatrie, Abhängigkeitskranke	S1–S6
2951 Allgemeine Psychiatrie/Gerontopsychiatrie	Erwachsenenpsychiatrie, Gerontopsychiatrie	G1–G6
2960 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik	Erwachsenenpsychiatrie, Tagesklinische Behandlung	A6, S6; G6
2961 Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik	Erwachsenenpsychiatrie, Tagesklinische Behandlung	A6, S6; G6

**Schritt 4: Ermittlung der Ähnlichkeit von Einrichtungen bez. ihrer Patientenstruktur**  
In den Obergruppen werden die relativen Anteile der Behandlungsgruppen an der Gesamtfallzahl je Einrichtung ermittelt, um die Patientenstruktur zu beschreiben. Auf dieser Basis wird die Ähnlichkeit zwischen Einrichtungen mittels eines Distanzmaßes bestimmt.

Das Distanzmaß ergibt sich aus der Summe der halbierten absoluten Differenzen für jede Behandlungsgruppe zwischen zwei Einrichtungen. Dabei handelt es sich um eine modifizierte Form der sog. „City-Block-Metrik“ zur Ermittlung von Distanzen in einem n-dimensionalen Raum (vgl. Abbildung 17-2).<sup>12</sup>

Im Ergebnis entsteht für jede Abteilung eine Aufstellung der Distanzmaße zu jeder anderen Abteilung ihrer Obergruppe.

Abbildung 17-2



12 Nach der gewählten Methode berechnet sich die Distanz zwischen zwei Punkten im zweidimensionalen Raum wie die Taxigebühr in Manhattan, daher wird das Verfahren auch „City-Block-Metrik“ bezeichnet. Die Differenz des relativen Anteils des Behandlungsbereichs A1 zwischen KH1 und KH2 wird in der Abbildung durch die Strecke (a) beschrieben, bez. des Behandlungsbereichs A2 durch die Strecke (b). Der Abstand zwischen den beiden Einrichtungen errechnet sich aus  $(|a|+|b|)$ . Im gemeinsamen Vergleich wird das Ergebnis durch zwei dividiert, da halbierte absolute Distanzen verwendet werden. Bei Beachtung aller Behandlungsbereiche nach Psych-PV ergibt sich folglich eine Berechnung in einem 18-dimensionalen Raum.

Abbildung 17-3

## Schematische Darstellung des Vergleichsverfahrens im gemeinsamen Krankenhausbetriebsvergleich

Relative Anteile je Behandlungs- gruppe	Einrichtung	A1	A2	A3	A4	(...)
	KH1	0,45	0,15	0,05	0,10	(...)
KH2	0,50	0,10	0,10	0,05	(...)	
KH3	0,25	0,25	0,10	0,15	(...)	
KH4	0,35	0,40	0,00	0,10	(...)	
(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	

Orientierungswert KH1 auf Basis ähnlicher KH	Einrichtung	Abstand	Abteilungspflegesatz	Orientierungswert KH1
	KH1	0,00	240,00	
KH2	0,10	273,00		
KH3	0,20	315,00		
(...)				
KH4	0,25	270,00		
(...)				

Orientierungswert KH2 auf Basis ähnlicher KH	Einrichtung	Abstand	Abteilungspflegesatz	Orientierungswert KH2
	KH2	0,00	273,00	
KH1	0,10	240,00		
(...)				
KH4	0,25	270,00		
KH3	0,30	315,00		
(...)				

Orientierungswert KH3 auf Basis ähnlicher KH	Einrichtung	Abstand	Abteilungspflegesatz	Orientierungswert KH3
	KH3	0,00	315,00	
(...)				
KH1	0,25	240,00		
KH4	0,25	270,00		
KH2	0,30	273,00		
(...)				

Als Grenzdistanz ist 0,20 angenommen.

Wid© 2002

### Schritt 5: Bildung der Vergleichsgruppe zur jeweiligen Einrichtung

Im letzten Schritt muss festgelegt werden, bis zu welcher Distanz Einrichtungen noch als ähnlich gelten (Grenzdistanz) und somit beim Vergleich zu sinnvollen Ergebnissen führen. Die ARGE hat diesbezüglich bislang noch keine Vorgaben formuliert (vgl. Abbildung 17-3).

Mit der Festlegung der Grenzdistanz ist die Definition der Ähnlichkeit erfolgt. Da nur Einrichtungen mit einer ähnlichen Leistungsstruktur miteinander verglichen werden sollen, erfolgt die Ermittlung von Orientierungswerten nur für Einrichtungen innerhalb der Grenzdistanz. Im Weiteren wird der Begriff „Vergleichsgruppe“ verwendet.<sup>13</sup>

17

### 17.3.3 Ermittlung von Orientierungswerten

Auf Basis der Vergleichsgruppen liefert der gemeinsame Vergleich folgende Orientierungswerte für jede betrachtete Einrichtung bzw. Abteilung:

- Strukturdaten des KH

<sup>13</sup> Alternativ könnte die Gruppenbildung auch auf Basis einer Clusterung erfolgen. Das Problem der Grenzdistanz entfällt; für die Ermittlung der optimalen Clusteranzahl existieren statistische Verfahren, die den Vorgang objektivieren.



- Strukturdaten der Krankenhäuser der Vergleichsgruppe (Fachabteilungen, Bettenzahl)
  - Abstandsmaß
  - Mittelwert
  - Standardabweichung
  - Anzahl Werte für Mittelwert
  - Min.-Wert
  - Max.-Wert
  - Unteres Quartil
  - Oberes Quartil

Er liefert somit nicht *den* Orientierungswert, sondern stellt den Vertragsparteien umfangreiche statistische Informationen aus LKA und Psych-PV zur Verfügung. Die Wahl des geeigneten Orientierungswerts wird im Rahmen dieser Arbeit nicht thematisiert. Eine ausführliche Ausarbeitung findet sich u. a. bei von den Busch et al. 2000.

## 17.4 Teil III: Ein alternativer Ansatz: Psychiatrievergleich anhand gewichteter Minutenwerte

Der Anteil der Berufsgruppen am Leistungskomplex Behandlungsgruppe variiert stark: So machen z. B. Leistungen von Ärzten und Diplompsychologen in A2 „Allgemeine Psychiatrie: Intensivbehandlung“ zusammen 17% der Gesamtminuten aus, in der A5 „Allgemeine Psychiatrie: Psychotherapie“ dagegen 43%. Pflegerische Leistungen decken 70% (A2) bzw. 33% (A5) ab. Somit ist der Ansatz des gemeinsamen Vergleichs korrekt, wonach Einrichtungen mit einer ähnlichen Verteilung auf die einzelnen Behandlungsgruppen auch eine ähnliche Personalkostenstruktur aufweisen müssten.

Im Folgenden möchten wir ein Verfahren zur Diskussion stellen, das auf eine Vergleichsgruppenbildung verzichtet und die Vergleichbarkeit von Einrichtungen über die Gewichtung der Minutenwerten nach Psych-PV erreicht und diese mit den vereinbarten Abteilungspflegesätzen in Beziehung setzt. Die Gewichtung erfolgt anhand einer Tabelle, die auf einem Konzept von Kampf<sup>14</sup> beruht und im Kapitel 17.4.2 vorgestellt wird.

Wir beschränken uns dabei auf den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie. Das Verfahren ist aber ohne Einschränkungen auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie übertragbar; die Besonderheiten wären zu beachten.

### 17.4.1 Datenbasis

Die verwendeten Daten decken sich mit denen des gemeinsamen Vergleichs.

<sup>14</sup> vgl. Kampf 2000.

## 17.4.2 Gewichtungstabelle für Minutenwerte nach Psych-PV anstatt Gruppenbildung

Die Gewichtungstabelle bildet das Verfahren zur Ermittlung von Personalstellen nach § 6 Psych-PV ab und bezieht dabei die relativen Unterschiede zwischen den Personalkosten je Berufsgruppe ein. Minutenwerte für Leitungsfunktionen und der Sockelwert Pflegedienst werden ebenso berücksichtigt wie die durchschnittliche Patientenzahl der jeweiligen Einrichtung. Die verwendeten Gewichtungsfaktoren werden aus Durchschnittspersonalkosten der im Weiteren untersuchten Einrichtungen abgeleitet. Da die untersuchten Einrichtungen nur eine Teilmenge der psychiatrischen Einrichtungen NRWs darstellen, sind die für die Modellrechnung ermittelten Gewichtungsfaktoren weder auf andere Bundesländer noch auf NRW übertragbar, sondern müssen für eine praktische Anwendung neu ermittelt werden.<sup>15</sup>

In Tabelle 17-4 wird die Beachtung der relevanten Faktoren schrittweise vollzogen, um deren jeweiligen Einfluss zu illustrieren.

### Tabellenerläuterung:

- Spalte 1: Minutenwerte nach § 5 Abs. 1 Psych-PV für Ärzte. Für die Summenbildung werden sie mit dem Faktor 1,43 gewichtet.
- Spalte 2: Minutenwerte für Oberärzte. Für die Summenbildung werden sie mit dem Faktor 1,96 gewichtet.<sup>16</sup>
- Spalte 3: Minutenwerte für Ärzte insgesamt. Für die Summenbildung werden sie mit dem Faktor 1,54 gewichtet.
- Spalte 4: Minutenwerte nach § 7 Abs. 1 Psych-PV für leitende Ärzte mit der Anrechnung 1/8 der Summe ärztlicher Leistungen. Für die Summenbildung werden sie mit dem Faktor 1,96 gewichtet.
- Spalte 5: Minutenwerte für Krankenpflegepersonal. Für die Summenbildung werden sie mit dem Faktor 0,92 gewichtet.
- Spalte 6: Minutenwerte nach § 7 Abs. 2 Psych-PV für leitendes Krankenpflegepersonal. Sie entsprechen den Minutenwerten für leitende Ärzte, also der Summe aus Spalte 4 und 9. Für die Summenbildung werden sie mit dem Faktor 1,1 gewichtet.
- Spalte 7: Minutenwerte nach § 5 Abs. 2 Psych-PV pro Patient, der sich aus dem Stationssockel von 5000 Minuten pro Woche und Station für Krankenpflegepersonal dividiert durch die durchschnittliche Zahl von Patienten pro Station berechnet. In der Tabelle sind beispielhaft 18 Patienten<sup>17</sup> angenommen, in der Praxis ist allerdings der

15 Hier: Basis ist die Vergütung für Kräfte mit ggf. psychiatrischer Zusatzausbildung nach BAT (West 2001, 35 Jahre, verheiratet, zwei Kinder). Ausnahmen: Oberärzte (40 Jahre), leitende Ärzte (50 Jahre), leitendes Pflegepersonal (40 Jahre). Die relativen Gewichtungsfaktoren leiten sich aus der Verknüpfung mit den Informationen der Formulare K3 und L2 der LKA ab.

16 Vgl.: Kunze et al. 1996, S. 36ff.

17 Der Basiszeitwert von 5000 Minuten ist auf eine Stationsgröße von 18 Patienten bezogen und bedeutet einen Bonus für Stationen mit geringerer Patientenzahl und einen Malus für solche mit einer höheren Zahl. „Dies ist aus therapeutischen Gründen beabsichtigt“ (Kunze et al. 1996, S. 140).



- individuelle Wert der jeweiligen Einrichtung zu verwenden. Die Gewichtung erfolgt analog Spalte 5. Für Stationen mit einer durchschnittlichen Patientenzahl unter 16 kann nach § 5 Abs.2 Psych-PV eine Verringerung des Wertes vereinbart werden. In unserem Modell ist für solche Stationen einen Abschlag von 11,11% angenommen, die sich aus der Bezugsgröße 18 Patienten ableitet.
- Spalte 8: Minutenwerte für Diplompsychologen. Für die Summenbildung werden sie mit dem Faktor 1,3 gewichtet.
- Spalte 9: Minutenwerte nach § 7 Abs. 1 Psych-PV für leitende Ärzte mit der Anrechnung 1/8 der auf Diplompsychologen entfallenden Leistungen. Die Gewichtung erfolgt analog Spalte 4.
- Spalten 10, 11: Minutenwerte für Ergotherapeuten / Krankengymnasten et. al. Für die Summenbildung werden sie mit dem Faktor 0,90 gewichtet.
- Spalte 12: Minutenwerte für Sozialarbeiter. Für die Summenbildung werden sie mit dem Faktor 1,0 gewichtet.
- Spalte 13: Summe der Minutenwerte je Behandlungsbereich nach § 5 Abs. 1 Psych-PV.
- Spalte 14: Summe der gewichteten Minutenwerte aus den Spalten 3, 5, 8, 10, 11 und 12, also ohne Differenzierung zwischen ärztlichen und oberärztlichen Leistungen.
- Spalte 15: Veränderungsrate zwischen der ungewichteten Summe aus Spalte 13 und der Gewichtung in Spalte 14. Aufgrund der Einbeziehung der unterschiedlichen Personalkosten pro Berufsgruppe werden Behandlungsbereiche mit einem relativ hohen Anteil an Leistungen von Ärzten und Diplompsychologen höher bewertet.
- Spalte 16: Summe der gewichteten Minutenwerte aus den Spalten 1, 2, 5, 8, 10, 11 und 12, mit Differenzierung zwischen ärztlichen und oberärztlichen Leistungen.
- Spalte 17: Veränderungsrate zwischen der ungewichteten Summe aus Spalte 13 und der Gewichtung in Spalte 16. Die Unterscheidung zwischen ärztlichen und oberärztlichen Leistungen verstärkt den Effekt der Berechnung nach Spalte 15.
- Spalte 18: Summe der gewichteten Minutenwerte wie in Spalte 16, ergänzt um die Werte für leitende Ärzte und, daraus abgeleitet, für leitende Pflegekräfte.
- Spalte 19: Veränderungsrate zwischen der ungewichteten Summe aus Spalte 13 und der Gewichtung in Spalte 18. Die Berücksichtigung von Leitungsfunktionen verstärkt den Effekt der Berechnung nach Spalte 15 und 18.
- Spalte 20: Summe der gewichteten Minutenwerte wie in Spalte 18, ergänzt um die Anteile pro Patient am Stationssockel Pflegedienst aus Spalte 7.<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Die Ermittlung der Gesamtsumme über Spalte 18 und Addition des gewichteten Basiswerts Pflegedienst multipliziert mit der Anzahl der Stationen liefert ein abweichendes Ergebnis: Bei der Betrachtung von vollstationären Pflegesätzen dürfen die teilstationären Behandlungsgruppen

Spalte 21: Veränderungsrate zwischen der ungewichteten Summe aus Spalte 13 und der Gewichtung in Spalte 20. Aufgrund der Einbeziehung des anteiligen Basiswertes Pflegedienst werden solche Behandlungsbereiche relativ höher bewertet, die einen vergleichsweise geringen Anteil pflegerischer Leistungen aufweisen. Die Veränderungsrate zwischen den Summen in Spalte 13 und gewichteten Summen steigt mit zunehmender Zahl berücksichtigter Parameter. In Spalte 21 variiert sie zwischen gerundet 21,2% und 78,1% ( $\text{MAX}(\delta) - \text{MIN}(\delta) = 56,9\%$ ).<sup>19</sup>

### 17.4.3 Ermittlung von Orientierungswerten

Die Tabelle liefert zu jedem Behandlungsbereich die Summe der gewichteten Minutenwerte, die zum Zwecke des Vergleichs mit den vereinbarten Patientenzahlen multipliziert werden. Die Gesamtsumme der kostengewichteten Minuten aller Behandlungsbereiche inklusive Leitungskräfte und Sockelwert Pflegedienst liefert eine ökonomische Bewertung des Leistungsspektrums anhand des Personalbedarfs. Die Personalkosten sind der entscheidende Bestimmungsfaktor für den Pflegesatz psychiatrischer Einrichtungen.

Die Division des vereinbarten Pflegesatzes durch die Summe der gewichteten Pflegeminuten beschreibt den Erlös je gewichtete Leistungsminute einer Einrichtung.<sup>20</sup>

Aus den Erlösen je gewichtete Minute aller zu vergleichenden Einrichtungen lassen sich nun die Orientierungswerte analog zum gemeinsamen Vergleich berechnen. Das Produkt aus gewichteten Leistungsminuten einer Einrichtung und dem gewählten Orientierungswert bildet den krankenhausindividuellen Vergleichspflegesatz. Die Differenz zwischen vereinbarten und Vergleichspflegesatz stellt ein wichtiges Indiz zur Bewertung der relativen Wirtschaftlichkeit dar (vgl. Abbildung 17-4).

(A6, S6, G6) nicht betrachtet werden. Die durchschnittliche Patientenzahl dagegen beinhaltet auch teilstationäre, weil sich der Sockelwert für den Pflegedienst von 5000 Min. auf eine Station und damit auf ihre voll- und teilstationären Patienten bezieht.

19 Mit steigender Zahl von Patienten pro Station nimmt die Veränderungsrate definitionsgemäß ab. Sie bewegt sich bei durchschnittlich 22 Patienten entsprechend zwischen gerundet 50,9% und -6,2% ( $\text{MAX}(\delta) - \text{MIN}(\delta) = 44,7\%$ ).

20 Da sich die Minutenwerte auf eine Woche, der Abteilungspflegesatz aber auf einen Tag beziehen, wäre der Ergebniswert mit sieben zu multiplizieren, um den Erlös je gewichteter Leistungsminute korrekt zu beschreiben. Dieser Faktor hat keinen Einfluss auf die weitere Berechnung: Im Weiteren wird daher der Begriff Erlös je gewichtete Minute verwendet.

Abbildung 17-4

## Schematische Darstellung des Vergleichsverfahrens anhand gewichteter Minutenwerte

gewichtete Minuten je Einrichtung	Anzahl Pat	Behandlungsgruppe		Gewichtete Minuten	=	Summe	
	3	A1	X	1.435	=	4.305	
	1	A2	X	1.990	=	1.990	
	(...)	(...)	X	(...)	=	(...)	
<b>Gesamtsumme gewichteter Minuten (KH1)</b>						<b>=</b>	<b>10.000</b>
Erlös pro gewichteter Leistungsminute	Einrichtung	Abteilungs- pflegesatz		Summe gewichteter Minuten	=	Erlös pro gewichtete Minute	
	KH1	240,00	/	10.000	=	0,024	
	KH2	273,00	/	9.375	=	0,029	
	KH3	315,00	/	315,00	=	0,030	
	KH4	(...)	/	(...)	=	(...)	
Orientierungs- wert	Einrichtung	Erlös pro gewichtete Minute		Orientierungs- wert			
	KH1	0,024		➔	0,028		
	KH2	0,029					
	KH3	0,030					
	KH4	(...)					
Vergleichs- pflegesatz pro Einrichtung	Einrichtung	Summe gewichteter Minuten		Orientierungs- wert	=	Vergleichs- pflegesatz	
	KH1	10.000	X	0,028	=	280,00	
	KH2	9.375	X	0,028	=	262,50	
	KH3	10.357	X	0,028	=	290,00	
	KH4	(...)	X	0,028	=	(...)	

WId© 2002

## 17.5 Teil IV: Überprüfung

### 17.5.1 Beschreibung des Datensatzes

Im Folgenden sollen die beiden Verfahren mit einem definierten Datensatz berechnet und deren Ergebnisse gegenübergestellt werden. Aus einem Gesamtbestand von 289 Stichtagserhebungen für das Jahr 2000 wurden zunächst 172 Datensätze zur Fachabteilung 2900 „Allgemeine Psychiatrie“ ausgewählt. Dieser Schritt entspricht der Feinselektion des gemeinsamen Vergleichs.<sup>21</sup> Auf die Grobselektion von Fachkliniken und Nicht-Fachkliniken etc. wurde aufgrund der Datensatzgröße im ersten Schritt verzichtet. Die Grobselektion ist grundsätzlich sinnvoll; bei einer separaten Betrachtung von Fachkliniken könnte der Basispflegesatz einbezogen werden. Die Darstellung der Ergebnisse beschränkt sich in dieser Arbeit auf 39 Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Darunter befinden sich elf Fachkliniken.

Ausgewählte Vereinbarungsdaten nach LKA gestalten sich wie in Tabelle 17-5 dargestellt.

Mit 34 Einrichtungen decken ca. 90% der Stichprobe den kompletten Bereich der Erwachsenenpsychiatrie (A1-G6) ab. Vier Einrichtungen erbringen ausschließlich Leistungen im Bereich der Allgemeinen Psychiatrie (A1-A6), eine aus-

<sup>21</sup> Vgl. Abschnitt 19.3.2 „Bildung von Vergleichsgruppen“.

Tabelle 17-5: Vereinbarungsdaten nach LKA für die 39 untersuchten Einrichtungen in NRW

	Bettenzahl	Belegungstage	Fälle VollStat.	Fälle TeilSt.	VWD-VollStat.	Abteilungs-PS
Min	48	11.528	440	0	18,2	DM 186,70
Max	427	126.148	5.270	390	45,2	DM 338,32
Mittelwert	148	48.388	1.760	29	28,7	DM 266,01

schließlich im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen (S1-S6) (siehe Abbildung 17-5).

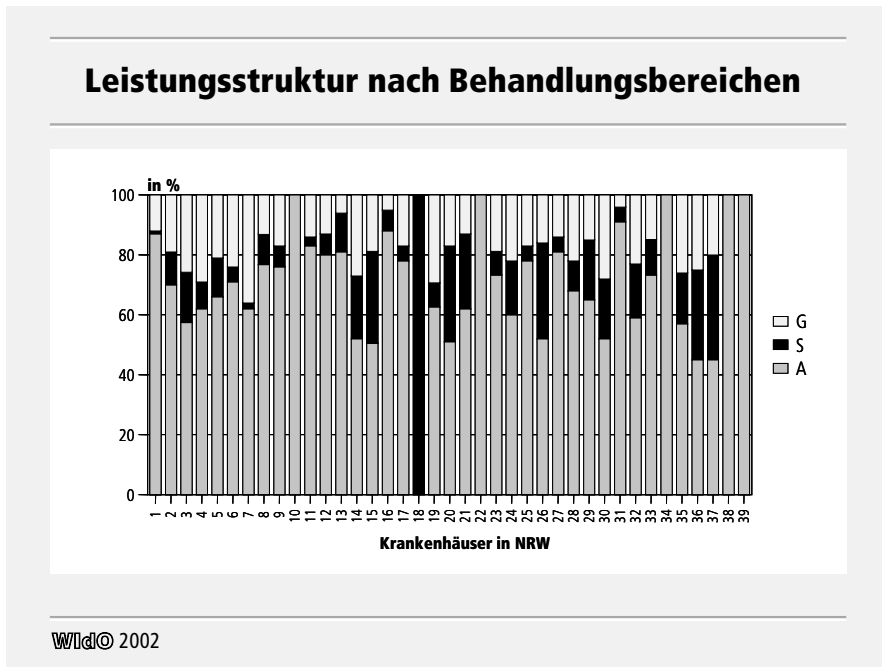
### 17.5.2 Berechnung nach gemeinsamem Vergleich

Aus den jeweils vier Stichtagserhebungen werden für den gemeinsamen Vergleich die auf das Jahr gemittelten relativen Anteile pro Behandlungsgruppe berechnet. Nach der Formel

$$d = \sum_i \frac{|x_i| + |y_i|}{2}$$

ermitteln sich zu jeder Einrichtung die halbierten absoluten Distanzen zu jeder anderen. Als Ergebnis liegt eine Matrix aus 172 mal 172 Feldern vor.

Abbildung 17-5



Aus dieser Matrix werden für die 39 Einrichtungen aus NRW die Vergleichsgruppen gebildet. Als Grenzabstände sind 0,2, 0,3 und 0,4 angenommen. Innerhalb der Vergleichsgruppen werden für jede Einrichtung die Orientierungswerte Median und unteres Quartil über die Abteilungspflegesätze berechnet.

### 17.5.3 Berechnung anhand gewichteter Minutenwerte

Bei der Verwendung von gewichteten Minutenwerten werden die auf das Jahr gemittelten absoluten Patientenzahlen pro Behandlungsgruppe mit den Werten aus Spalte 20 der Gewichtungstabelle multipliziert<sup>22</sup>. Die teilstationären Behandlungsgruppen (A6, S6, G6) werden dabei ignoriert. Die Gesamtzahl der Patienten beinhaltet dagegen voll- und teilstationäre Patienten, um den Stationssockel Pflegedienst korrekt abzubilden. Für die Stationen mit weniger als 16 Patienten wird zudem ein Abschlag von 11,11% auf den gewichteten Sockelbetrag vorgenommen.

Die Summe der gewichteten Minutenwerte dividiert durch die vollstationäre Patientenzahl ergibt den durchschnittlichen Minutenwert pro Patient und Einrichtung. Der Abteilungspflegesatz dividiert durch den durchschnittlichen Minutenwert beschreibt den Erlös je gewichtete Minute. Über diese Kennzahl werden die Orientierungswerte Median und unteres Quartil gebildet. Die durchschnittlichen Minutenwerte pro Patient werden dann mit den jeweiligen Orientierungswerten multipliziert: Als Ergebnis liegen Vergleichspflegesätze auf Basis der Orientierungswerte vor.

### 17.5.4 Darstellung und Bewertung der Ergebnisse

Tabelle 17-6 stellt die Ergebnisse beider Vergleichsverfahren gegenüber. Für den gemeinsamen Vergleich findet sich neben der Differenzierung nach den angenommenen Grenzdistanzen von 0,2, 0,3 und 0,4 nachrichtlich in den Spalten „GrenzA 1,0 UQ“ und „GrenzA 1,0 Med“ die Bewertung der Pflegesätze ohne Berücksichtigung der Ähnlichkeit des Leistungsspektrums.<sup>23</sup> Die Vergleichsgruppenstärke wird ausgewiesen, leere Felder bedeuten, dass die angenommene minimale Gruppenstärke von fünf für den Median und zehn für das untere Quartil im gemeinsamen Vergleich nicht erreicht wurde.

Die Abweichungen zwischen vereinbarten und Vergleichspflegesätzen werden in Prozent ausgewiesen. Ein negativer Wert bedeutet, dass der vereinbarte Abteilungspflegesatz über dem Vergleichswert liegt und somit ein Hinweis vorliegt, dass es sich um eine relativ zum Orientierungswert unwirtschaftliche Einrichtung handelt.

22 In der Praxis ist zu erwarten, dass in den Budgetverhandlungen abweichende Patientenstrukturen vereinbart werden. Bei der Berechnung der Orientierungswerte sind deshalb die tatsächlich vereinbarten Patientenstrukturen zu berücksichtigen.

23 Da sich die halbierten absoluten Distanzen in einem Wertebereich zwischen 0 und 1,0 bewegen, beschreibt der Grenzabstand 1,0 einen Vergleich über alle 39 Elemente der Vergleichsgruppe: Die Bewertung der einzelnen Einrichtung erfolgte über den Median bzw. das untere Quartil aller Abteilungspflegesätze ohne Beachtung der Ähnlichkeit der Leistungsspektren untereinander.



Tabelle 17-6: Ergebnistabelle für die Verfahren gemeinsamer Vergleich und gewichtete Minutenwerte

	GrenzA 0,2		GrenzA 0,3		GrenzA 0,4		GrenzA 1,0		GrenzA 1,0		GewMin	GewMin	Med	GruppenGr GrenzA 0,2	GruppenGr GrenzA 0,3	GruppenGr GrenzA 0,4	GruppenGr GewMin
	UQ	Med	UQ	Med	UQ	Med	UQ	Med	UQ	Med							
KH1														1	4	20	39
KH2														3	14	23	39
KH3														5	24	32	39
KH4														2	14	25	39
KH5														6	19	30	39
KH6														6	19	29	39
KH7														1	2	9	39
KH8														2	4	25	39
KH9														9	19	31	39
KH10														1	1	1	39
KH11														8	19	32	39
KH12														11	21	32	39
KH13														2	11	20	39
KH14														1	8	21	39
KH15														3	11	25	39
KH16														2	13	20	39
KH17														9	20	31	39
KH18														1	1	1	39
KH19														6	19	32	39
KH20														3	16	29	39
KH21														2	15	32	39

Tabelle 17-6: Fortsetzung

	Grenza 0,2		Grenza 0,3		Grenza 0,4		Grenza 1,0		Grenza 1,0		GewMin	Med	GruppenGr Grenza 0,2	GruppenGr Grenza 0,3	GruppenGr Grenza 0,4	GruppenGr GewMin
	UQ	Med	UQ	Med	UQ	Med	UQ	Med	UQ	Med						
KH22							23,96%	33,92%			11,57%	23,23%	1	1	1	39
KH23		18,44%	8,65%	16,38%	8,78%	17,52%					2,82%	13,57%	2	6	21	39
KH24	6,20%	11,71%	2,41%	10,61%	2,26%	10,47%					5,15%	16,14%	4	17	31	39
KH25	-0,77%	-7,99%	-1,51%	-8,28%	-0,91%	-8,39%	-1,03%				-13,75%	-4,73%	6	18	33	39
KH26		-2,84%	-8,35%	-1,61%	-8,93%	-1,61%					-9,62%	-0,18%	3	8	23	39
KH27		13,39%	5,42%	12,84%	4,96%	13,39%					-5,04%	4,88%	3	9	26	39
KH28	0,00%	-8,23%	-7,19%	0,00%	-7,92%	-0,52%					-12,21%	-3,03%	5	19	31	39
KH29	-18,78%	-13,93%	-19,99%	-13,70%	-20,38%	-13,99%					-16,50%	-7,78%	3	22	30	39
KH30		-7,01%	-9,17%	-3,60%	-11,23%	-4,10%					-14,36%	-5,41%	2	9	27	39
KH31			-9,62%	-5,86%	-12,97%	-5,98%					-19,21%	-10,77%	1	2	17	39
KH32		18,64%	13,52%	19,35%	9,25%	18,02%					7,85%	19,12%	1	9	23	39
KH33	6,04%	3,98%	-0,89%	6,90%	-1,37%	6,55%					-7,39%	2,29%	6	15	30	39
KH34				4	3,64%	34,34%	45,13%				19,98%	32,52%	1	1	7	39
KH35		-13,52%	-5,55%	-11,81%	-6,30%	-13,42%	-6,54%				-9,53%	-0,08%	1	11	26	39
KH36		-16,63%	-22,99%	-16,88%	-23,65%	-17,52%					-18,17%	-9,62%	2	8	18	39
KH37		-6,72%	-15,73%	-11,42%	-18,85%	-12,34%					-14,67%	-5,76%	2	9	25	39
KH38					28,41%	38,72%					-0,49%	9,90%	2	2	2	39
KH39					-28,44%	-22,69%					-33,17%	-26,19%	2	2	2	39

Im Folgenden werden die wichtigsten Vor- und Nachteile des Verfahrens der gewichteten Minutenwerte gegenüber dem gemeinsamen Vergleich anhand des Datensatzes illustriert.

**Vorteil: Die Entscheidungen über die korrekte Grenzdistanz und Mindestgröße der Vergleichsgruppe entfallen: alle Einrichtungen sind vergleichbar**

Die Spalten von Tabelle 17-7 stellen beispielhaft dar, wie sich die Anzahl der vergleichbaren Einrichtungen durch die Veränderung von Grenzdistanz und minimaler Gruppenstärke verändert; die Zeilen illustrieren, wie sich die Anzahl mit der Ausweitung von einem Landesbezug auf West bzw. Bund entwickelt: Der gemeinsame Vergleich sieht im Falle zu kleiner Vergleichsgruppen die Ausweitung von Landes- auf Bundesebene vor.

Eine Ursache für die geringe Zahl vergleichbarer Einrichtungen bei einer Grenzdistanz von 0,2 und einer Mindestgruppenstärke von 10 liegt in der Größe des vorliegenden Datensatzes. Eine vollständige Datenlieferung würde das Problem entschärfen, nicht aber beseitigen, wie die Erweiterung aus den Bereich „Bund“ nahelegt: ca. 61 % aller Einrichtungen blieben bei einer Grundgesamtheit von 172 nicht vergleichbar. Bei Reduzierung der Mindestgruppenstärke auf fünf gilt dies für ca. 38 %, was allerdings die verfügbaren Orientierungswerte einschränken würde: Die Verwendung des unteren Quartils ist bei derart geringer Gruppenstärke nicht sinnvoll, auch die Verwendung des Medians ist in Abhängigkeit der Schiefe der Häufigkeitsverteilung zu hinterfragen. Der gemeinsame Vergleich fordert daher eine Mindestgruppenstärke von 20.

Die Zahl der nicht vergleichbaren Einrichtungen nimmt mit steigender Grenzdistanz definitionsgemäß ab, die Vergleichsgruppengröße entsprechend zu. Bei einem Grenzabstand von 0,4 ist aber für fünf Einrichtungen noch keine ausreichende Gruppenstärke erreicht, auch wenn man die Mindestgruppenstärke auf fünf herabsetzte und sich nicht auf Einrichtungen aus NRW beschränkte. Von den 32 vergleichbaren Einrichtungen befänden sich dann allerdings 30 in einer Gruppe mit über 50 %, 15 in einer Gruppe mit über 75 % der vorhandenen Einrichtungen (vgl. Tabelle 17-6).

Die Ergebnisse zeigen, dass die ausstehende Entscheidung über Grenzdistanz und Vergleichsgruppenstärke im gemeinsamen Vergleich von entscheidender Bedeutung für die Bewertung der einzelnen Einrichtung ist. Bei der Verwendung von gewichteten Minutenwerten stellen sich diese Fragen nicht. Sie normieren alle Elemente in einer Form, die grundsätzlich die Vergleichbarkeit aller Einrichtungen mit allen herstellt.

Tabelle 17-7: Auswirkung von Grenzdistanz, geforderte Gruppenstärke und geographischer Bezug

Grenzdistanz	0,2		0,3		0,4	
	10	5	10	5	10	5
Nordrhein-Westfalen	1 (2,6%)	11 (28,2%)	21 (53,8%)	29 (74,3%)	32 (82,1%)	34 (87,2%)
West	12 (30,8%)	21 (53,8%)	31 (79,5%)	33 (84,6%)	34 (87,2%)	35 (89,7%)
Bund	15 (38,5%)	24 (61,5%)	32 (82,1%)	34 (87,2%)	34 (87,2%)	35 (89,7%)

**Vorteil: Der Vergleich erfolgt über Gleichheit statt relative Ähnlichkeit**

Die Ergebnisse der beiden verschiedenen Methoden zu vergleichen birgt das grundsätzliche Problem in sich, dass das objektiv korrekte Ergebnis eines Vergleichs unbekannt ist. Die Gegenüberstellung zeigt aber, dass sich die Ergebnisse des gemeinsamen Vergleichs mit dem Verfahren der gewichteten Minutenwerte desto ähnlicher sind, je kleiner der Grenzabstand gewählt ist. In Tabelle 17-8 lässt sich dies an der Entwicklung des Medians über die Abweichungen zwischen den Verfahren ablesen. Er steigt für die Vergleichsgruppe unter Verwendung des Orientierungswerts Median von 2,44 für den Grenzabstand von 0,2 auf den Wert 3,00 für den Grenzabstand 1,0; bei der Verwendung des Orientierungswerts unteres Quartil von 2,99 auf 3,88. Mit zunehmendem Grenzabstand steigen die Abweichungen zwischen den Verfahren für den Orientierungswert unteres Quartil stärker an als für den Median.

Die Notwendigkeit einer definierten Gruppenstärke zur Bildung von Orientierungswerten zieht für Einrichtungen mit einer relativ „ungewöhnlichen“ Patientenstruktur die Vergrößerung des Grenzabstandes und damit zwangsweise eine Ungleichbehandlung solcher Einrichtungen nach sich. Im Extremfall müsste entweder auf einen Vergleich verzichtet oder der Grenzabstand derart weit gefasst werden, dass (nahezu) alle Einrichtungen in den Orientierungswert eingehen. Das bedeutet letztlich die schrittweise Entkoppelung vom Leistungsspektrum der jeweiligen Einrichtung im gemeinsamen Vergleich. Bei der Verwendung des Verfahrens der gewichteten Minutenwerte besteht diese Notwendigkeit nicht; die beschriebenen negativen Effekte entfallen.

Da im gemeinsamen Vergleich der Pflegesatz einer Einrichtung nur anhand einer Teilmenge aller Einrichtungen (nämlich der Vergleichsgruppe) bewertet wird,

Tabelle 17-8: Abweichungen zwischen den Verfahren gemeinsamer Vergleich und gewichtete Minutenwerte in Prozentpunkten mit den Orientierungswerten unteres Quartil und Median

	Grenzabstand 0,2		Grenzabstand 0,3		Grenzabstand 0,4		Grenzabstand 1,0	
	Unteres Quartil	Median	Unteres Quartil	Median	Unteres Quartil	Median	Unteres Quartil	Median
0,00–0,99		3		3	5	6	7	4
1,00–1,99		2	8	4	3	6	4	9
2,00–2,99	1	1	3	6	8	8	3	5
3,00–3,99		4	3	5	2	2	7	5
4,00–4,99			3	2	3	2	5	2
5,00–5,99			2	4	6	4	5	3
6,00–6,99		1	1	3	3	1	2	3
7,00–7,99				1		3	1	1
8,00–8,99						1		3
9,00–9,99				1	1			
10,00–28,99			1		1	1	5	4
Anzahl	1	11	21	29	32	34	39	39
Median	–	2,44	2,99	2,51	3,14	2,61	3,88	3

hat jede Vergleichsgruppe eigene Orientierungswerte: Die Verwendung von gewichteten Minutenwerten schafft identische Orientierungswerte für alle betrachteten Einrichtungen.

#### Vorteil: Die Erweiterung des Datensatzes um Rahmendaten ist möglich

Die mit der Psych-PV beschriebenen Leistungen beschränken sich auf den Regeldienst. Weitere Rahmenbedingungen in den jeweiligen Einrichtung finden in den Budgetverhandlungen Berücksichtigung, lassen sich aus dem Datenbestand zum gemeinsamen Vergleich allerdings nicht ablesen.

Eine Aufnahme von Strukturdaten in das Gruppenbildungsverfahren des gemeinsamen Vergleichs würde eine zweite Dimension neben den Leistungsdaten bedeuten. Damit stellte sich die Frage, mit welcher Gewichtung diese Dimensionen jeweils eingehen sollen, denn eine Abweichung in den Strukturdaten wäre ggf. anders zu bewerten als in den Leistungsdaten. Selbst wenn dies gelänge, würde sich das Problem der Gruppengröße verschärfen.

Solche Strukturdaten, die sich in Personalbedarf bewerten lassen, können dagegen mit wenig Aufwand in das Verfahren der gewichteten Minutenwerte integriert werden, was hier beispielhaft für den pflegerischen Nachtdienst illustriert wird:

Für alle Einrichtungen wird dazu pro Station eine pflegerische Nachtwache mit 4200 Minuten hinterlegt. In einer Einrichtung wird eine zusätzlich vereinbarte Kraft<sup>24</sup> berücksichtigt und die Auswirkungen auf die Bewertung nach gewichteten Minutenwerten ausgewiesen. Die Wirkung wird für zwei Einrichtungen beispielhaft dargestellt (KH4: < 5 Stationen / KH6: > 10 Stationen). Die Bewertung der Einrichtungen verbessert sich durch die Berücksichtigung des zusätzlich vereinbarten Pflegepersonals entsprechend (Tabelle 17-9).

Das Verfahren der gewichteten Minutenwerte ermöglicht die Einbeziehung dieser Daten mit unmittelbarer Berücksichtigung im Vergleichsergebnis, sofern sie sich monetär bzw. als Personalbedarf abbilden lassen. Als Beispiele seien Anrechnung von Bereitschaftsdienstzeiten, Anzahl Nachtwachen im Pflegedienst, vereinbarte

Tabelle 17-9: Beispiel: Berücksichtigung pflegerischer Nachtdienst anhand gewichteter Minutenwerte

	GrenzA 0,3 UQ	GrenzA 0,3 Med	GrenzA 0,4 UQ	GrenzA 0,4 Med	GewMin UQ	GewMin Med	GewMin UQ	GewMin Med
					1 NW/ Stat.	1 NW/ Stat.	1 NW/ Stat +1	1 NW/ Stat +1
KH4	-14,00%	-9,05%	-15,17%	-9,50%	-14,77%	-6,95% <sup>1</sup>	-11,86%	-3,78%
KH6	-7,75%	-0,99%	-8,30%	-0,99%	-8,43%	-0,02%	-7,89%	0,27%

<sup>1</sup> Die Berücksichtigung einer pflegerischen Nachtwache pro Station für alle verglichenen Einrichtungen kommt einer Erhöhung des Stationssockels für den Pflegedienst gleich. Daher ändert sich die Bewertung von Einrichtungen nach gewichteten Minutenwerten für solche Einrichtungen stärker, die eine überdurchschnittliche Patientenzahl in Behandlungsgruppen mit besonders hohem bzw. niedrigem pflegerischen Anteil aufweisen. Die Vergleichswerte für die hier betrachteten Einrichtungen weichen daher von den Ergebnissen aus Tabelle 17-6 ab.

24 (Anzahl der Stationen + 1)

Tabelle 17-10: Auswirkung spezifischer Sachkostenanteile

	Orientierungswert Unteres Quartil	Orientierungswert Median
Min	0,00%	0,00%
Max	3,96%	3,15%
Median	0,55%	0,82%
Mittelwert	0,66%	0,94%
Anteil < 1% Punkte	84,62%	58,97%
Anteil > 2% Punkte	5,13%	10,26%

Ausfallzeiten pro Berufsgruppe usw. genannt. Im gemeinsamen Vergleich würden etwaige Zusatzinformationen nicht in das Vergleichsverfahren selbst eingehen können, die Einbeziehung würde der Interpretation der Verhandlungspartner obliegen.

**Nachteil:** ggf. vorhandene spezifische Sachkostenanteile in Behandlungsgruppen blieben unberücksichtigt.

Im Verfahren des gemeinsamen Vergleiches ist der „relative Mix“ der Behandlungsbereiche maßgeblich für die Herstellung der Vergleichbarkeit von Einrichtungen. Damit erhält die Patientenstruktur eine Bedeutung, die für die Personalstellenermittlung nach Psych-PV eigentlich überhöht ist. Um den Pflegesatz anhand des Personalbedarfs zu beurteilen, ist entscheidend, wie hoch die Summe der nachgewiesenen Minuten pro Patient in Verbindung mit den Personalkosten pro Berufsgruppe ist, nicht wie sie zustande kommt. Das Ausblenden der Patientenstruktur bei gewichteten Minutenwerten ist hier sachgerechter.

Der Sachkostenanteil in den untersuchten Einrichtungen aus NRW beträgt ca. 16% und ist daher von relativ geringer Bedeutung. Wenn sich die Behandlungsgruppen bez. ihres Sachkostenanteils allerdings signifikant unterscheiden, würden diese Faktoren bei gewichteten Minuten ignoriert, im gemeinsamen Vergleich durch das Gruppenbildungsverfahren dagegen berücksichtigt. Denn dort werden nur solche Einrichtungen gegenübergestellt, die ähnliche Anteile bestimmter Behandlungsgruppen in ihrem Patientenstamm aufweisen.

Mit dem Vorliegen von Anhaltzahlen ließen sich die spezifischen Sachkostenanteile problemlos in das Verfahren der gewichteten Minutenwerte integrieren. Tabelle 17-10 gibt einen Überblick über die Auswirkung auf die Bewertung der 39 Einrichtungen nach gewichteten Minuten in Prozentpunkten, wenn für die Behandlungsgruppe A2 „Allgemeine Psychiatrie: Intensivbehandlung“ 20% Sachkostenanteil angenommen werden, für alle übrigen 10%.

Die Auswirkungen beschränken sich in diesem Beispiel auf wenige Einrichtungen.

## 17.6 Fazit

Der gemeinsame Krankenhausvergleich für Einrichtungen im Geltungsbereich der Psych-PV fußt auf einer günstigeren Datenlage als im somatischen Bereich. Die

Eingruppierungen aus den Stichtagserhebungen stellen zusätzliche Informationen dar, anhand derer sich der Personalbedarf – und damit ca. 84% der pflegesatzfähigen Kosten – normiert und sehr genau bestimmen lässt. Mit der Erweiterung des Datensatzes um weitere Strukturinformationen und die Bereiche außerhalb des Regeldienstes ließen sich die Ergebnisse perspektivisch noch verbessern.

Der hier diskutierte Ansatz führt nicht zu grundlegend abweichenden Ergebnissen vom Verfahren des gemeinsamen Vergleichs. Er ist aufgrund der einfachen und plausiblen Grundidee allerdings leichter durchführbar und er lässt sich anhand von gängiger Tabellenkalkulationssoftware nachvollziehen. Zudem minimiert das Verfahren der gewichteten Minuten die Entscheidungen über Wahl des geeigneten Grenzabstandes oder zur Mindestgröße von Vergleichsgruppen zur Bildung von Orientierungswerten. Diese Vorteile greifen besonders bei kleinen Datensätzen wie dem hier untersuchten bzw. bei einem landesbezogenen Vergleich.

Die Ermittlung eines Pflegesatzes auf Knopfdruck bleibt zwar auch bei Einbeziehung weiterer Daten eine Illusion, der Krankenhausbetriebsvergleich ist aber unter den derzeitigen Rahmenbedingungen das beste verfügbare Instrument zur Unterstützung der Vereinbarung von medizinisch leistungsgerechten Budgets.

## 17.7 Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft zum gemeinsamen Vergleich nach § 5 BpflV: Vereinbarung zum gemeinsamen Krankenhausvergleich. Stand vom 18.12.2001.
- Becker A, Beck U. Gegenstrategie zum „Parteivergleich“ (II), LKA-orientierte Analyse von Kostendaten. das Krankenhaus 11/1999; 737–42.
- Cording C., Kipp J, Kukla H, Sass H. Der neue Krankenhausvergleich nach § 5 BpflV und seine Anwendung in der Psychiatrie. Spektrum Nr. 1/2001; 2–4.
- v. Eiff W, Hrsg. Krankenhausbetriebsvergleich. Neuwied, Kriftel, Berlin 2000.
- Gerste B. Bildung von Krankenhausgruppen auf Fallmix-Basis. In: Arnold M, Paffrath D, Hrsg. Krankenhaus-Report '96, Schwerpunkt: Managed Care., Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm: Gustav Fischer Verlag 1996; 115–26.
- Hoyer JM, Linnenbürger J, Paffrath D. Die Haupt-Missverständnisse beim Krankenhausvergleich der Krankenkassen. G+G Sonderdruck, Heft 4/2000.
- Janssen D. Wirtschaftlichkeitsbewertung von Krankenhäusern: Konzepte und Analysen von Betriebsvergleichen, Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag W. Kohlhammer 1999.
- Kampf F. „Die Weiterentwicklung der Psychiatrischen Krankenhäuser unter den Rahmenbedingungen des Jahres 2000 aus Sicht der Krankenkassen“. Vortrag anlässlich der 34. Fachgruppentagung Psychiatrische Krankenhäuser des VKD. Langenfeld 2000.
- Kaysers HG. Die Grenzen des Betriebsvergleichs. Demonstration der Fehlermöglichkeiten aus ärztlicher Sicht. ku 4/1999; 244–7.
- Kehr HH. Leistungsorientierter Krankenhausbetriebsvergleich – Entwicklung eines Informations- und Kontrollsystems zur Vergleichbarkeit der Krankenhäuser hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit. München 1995.
- Kehr HH. Der Krankenhaus-Betriebsvergleich. f&w 3/1998; 194–7.
- Knappe E, Kehr HH, Zimmermann T. Evaluation des Krankenhausvergleichs nach § 5 BpflV. Management Paper (Kurzgutachten) – Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse des wissenschaftlichen Gutachtens im Auftrag der ArGe nach § 5 BpflV der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Krankenhausvergleich nach § 5 Bundespflegesatzverordnung (BpflV). Trier und Bonn, August 2001.
- Krämer W, Feldmann R. Den einen und einzig wahren Krankenhaus-Betriebsvergleich gibt es nicht. f&w 5/1999; 431–7.

- Kunze H, Kaltenbach L, Hrsg. Psychiatrie-Personalverordnung – Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 3. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer 1996.
- Leber W. Rechtliche Rahmenbedingungen des Betriebsvergleichs. *das Krankenhaus* 11/1999; 743–4.
- Litsch M. Der leistungsbezogene Krankenhausbetriebsvergleich des WIdO. In: von Eiff W, Hrsg. Krankenhausbetriebsvergleich. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand 2000; 353–67.
- Lüngen M, Wolf-Ostermann K, Lauterbach K. Krankenhausvergleich. Betriebsvergleich nach § 5 Bundespflegesatzverordnung. Stuttgart, New York: Schattauer 2002.
- MDK-Hessen. Krankenhausvergleich in der Psychiatrie. Stand: 13.11.2001. [www.mdk-hessen.de/1/pptp/vergleich.htm](http://www.mdk-hessen.de/1/pptp/vergleich.htm)
- Möcks G, Puke S, Paffrath D, Riegel T. Meinungsspiegel Krankenhausbetriebsvergleich zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Sonderdruck aus Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis, Heft 5/1999. Herne, Berlin: Verlag Neue Wirtschafts-Briefe.
- Möcks G, Mohr FW. Krankenhausvergleich: ein Millionen-Mißverständnis. *Der WIdO-KLIP in Theorie und Praxis. das Krankenhaus* 6/2000; 441–7.
- Mohr FW. Betriebsvergleich nach Recht und Gesetz. Rechtliche Relevanz des Krankenhausvergleichs und Folgen für die Budgetfindung. *ku* 3/1999; 152–7.
- Mohr FW. Kurzstellungnahme 10 Mängel zum Krankenhausvergleich. Mainz, 14. Dezember 1999.
- Neumann U. Der leistungsorientierte Krankenhausbetriebsvergleich. Preisverhandlungen aus Sicht der Kostenträger. *f&w* 5/1999; 426–30.
- Quaas M. Der Krankenhausbetriebsvergleich in rechtlicher Sicht – Rechtliche Relevanz des Krankenhausvergleichs und Folgen für die Budgetfindung. *NZS*, Heft 8/2000; 385–92.
- Sahlmüller H, Schemken M. Bundesweite Vereinbarungsdaten auf Basis der Leistungs- und Kalkulationsaufstellungen (LKA). Eine erste Analyse. In: Arnold M, Litsch M, Schwartz FW, Hrsg. Krankenhaus-Report '99, Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker. Stuttgart, New York: Schattauer 2000; 323–41.
- Sieben G, Litsch M, Hrsg. Krankenhausbetriebsvergleich – Ein Instrument auf dem Weg zu leistungsorientierten Preisen im Krankenhausmarkt. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 2000.
- Tuschen KH. Der Krankenhausbetriebsvergleich nach der BpflV. *f&w* 3/1998; 200–1.
- von den Busch W, Paffrath D. Erfahrungen mit Krankenhausvergleichen im Verhandlungsgeschäft aus Sicht der Krankenkassen: Mehr Wirtschaftlichkeit durch das untere Quartil? In: Sieben G, Litsch M, Hrsg. Krankenhausbetriebsvergleich – Ein Instrument auf dem Weg zu leistungsorientierten Preisen im Krankenhausmarkt. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 2000; 97–116.