BAD EMSTAL, 15.01.2015
NEUER ENTGELTKATALOG - WIE GEHT ES WEITER?

Ziele für die Kursänderung der Entgeltentwicklung

Prof. Dr. Heinrich Kunze

Aktion Psychisch Kranke, Bonn

www.apk-ev.de

© für die Abbildungen beim Autor

Mein roter Faden

Das KHRG wurde 2009 von den Fachverbänden begrüßt!

Aber nach der Wahl ignorierten die nach § 17d beauftragten Spitzenverbände (Kassen/DKG) die zukunftsorientierten Vorgaben des KHRG, unterstützt vom neuen FDP-Minister

Durch „ReSet“ zum Neustart:

1. PEPP auf falschem Kurs
2. Bisheriges Finanzierungssystem: was davon fortentwickeln?
3. Ziel-Perspektive bis 2023: Krankenhausbehandlung – *flexibel, individuell passgenau*
4. Neustart mit KHRG 2009

1.1 KHRG (2009) von der Fachwelt begrüßt

- vom Sinkflug zum Steigflug der Psych-PV (BPflV geändert)

§17d KHG

- Tagespauschalen statt Diagnose-bezogenen „Fälle“
- „medizinisch unterscheidbare Patientengruppen,
  der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein“
- 2 Prüfaufträge:
  Institutsambulanz & andere Abrechnungseinheiten
- Evaluation des KHRG-Prozesses

Amtl. Begründung empfiehlt als Perspektive + Länder-Votum:

- Vergütungssystem fördert flexiblere Behandlung
- Sektoren übergreifende ***Behandlung***,
  als Teil von Sektoren übergreifender ***Versorgung***
- Jahresbudgets, regionale Pflichtversorgung

1.2 PEPP auf falschem Kurs

- PEPP zementiert die Betten-zentrierte Krankhausversorgung und die damit verbundenen Qualitätsmängel

- PEPP verdrängt die wohnortnahe Pflichtversorgung durch elektive stationäre Behandlungen in überregionalen Großkliniken

- PEPP: ohne Norm für Strukturqualität therapeutisches Personal“, weil eine solche Norm mit dem rein empirischen System nicht kompatibel ist

- PEPP finanziert **Aufwand für stationäre Tage**,

  dann wird dieser Aufwand geliefert.

  Die Erlösoptimierung steuert die Behandlung:
  zum Wohle der Klinik, statt zum Wohle der Patienten.

1.3 PEPP auf falschem Kurs

PEPP ignoriert die Leistung der therapeutischen Behandlungssteuerung:

Aber diese Leistung ist wichtig für

- die Behandlungs-Qualität
- den Ressourcenverbrauch

PEPP-Mittelwerte *sagen nichts über den therapeutischen Sinn und die Notwendigkeit der Aufwände der Leistungen*

- Die ärztlich verantwortete Beurteilung und Behandlungsplanung bezieht sich auf ein sehr individuelles und komplexes Geschehen unter sehr wechselhaften Umständen.
- Die *therapeutisch verantwortete Vermeidung von Aufwand*
  - gibt Patienten Gelegenheit, wieder Verantwortung zu übernehmen
  - die Behandlung teilweise oder ganz abzulehnen
  - mindert die Beeinträchtigung der Selbstbestimmung durch die Institution

1.4 PEPP auf falschem Kurs

- **PEPP ignoriert die Realität** der Krankenhaus-Behandlung:
  - große Aufwandsunterschiede zwischen sektoral getrennten Bereichen:
    stationäre, teilstationäre und ambulante „Fälle“,
  - Patienten wandern zwischen ambulant bis stationär
  - sowie zwischen Psychiatrie & Psychosomatik

- **PEPP: Bundesdurchschnittswerte** ignorieren regionale Unterschiede:
  - Regionale Versorgungspflicht
  - Medizinisch-psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung
  - Merkmale der Bevölkerung:

    Morbidität, Alter, sozio-ökonomische Merkmale,
    flaches Land versus Ballungsräume ...

- **Diagnosen** geben Hinweise auf versorgte Zielgruppen,
  sind relevant für *Qualität*, aber *nicht für Unterschiede nach Aufwand*
  z. B. Patienten mit Diagnose Schizophrenie: auch beim Hausarzt

Neue Intransparenzen und Ungerechtigkeiten ersetzen die alten.

1.5 Nicht akzeptabel ist ein neues Entgeltsystem

- **wenn Patienten-orientierte Behandlung *gegen* die Anreize eines neuen Entgeltsystems durchgesetzt werden muss**
- Die Anreize zur Behandlungssteuerung müssen mindestens neutral oder besser: unterstützend wirken.

- **Beispiel aus den USA:**
  Die Veterans Administration (VA) hatte 1984 ein DRG-System eingeführt, ***aber 1988 die DRGs für psychiatrische Krankenhausbehandlung wieder aus dem Verkehr gezogen:***
  Die Ärzte und Therapeuten protestierten gegen die zu starken Anreize zu Fallzahlsteigerungen und Qualitätsmängeln

2.1 Bisheriges Finanzierungssystem – ist besser als sein Ruf Was davon fortentwickeln?

- Die Psych-PV war eine Ersatzvornahme des BM für Arbeit
- Die Politik setzte Versorgungsziele:
  - Psych-PV und Enquête: „Behandlungspsychiatrie“ soll „Verwahrpsychiatrie“ überwinden
  - Therapieziel / Ergebnisqualität: Patienten befähigen, außerhalb von Einrichtungen *ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten (Presseerklärung des BMA 1990 zur Personalaufstockung)*
  - Insbesondere Schwerkranke benötigen eine individuelle, aktive „personalaufwändige“ Therapie (Amtl. Begründung Psych-PV)

  - ***Wohnortnahe Versorgungspflicht = sichert Anspruch der erkrankten Menschen einer Region auf Behandlung, jederzeit und ausreichend***
  - ***Psych-PV bemißt das dafür notwendige Personal für die Kliniken***
  - ***<u>Aber</u> die BPflV finanziert seit 1996 nur einen „Sinkflug“ der Personal-Finanzierung***

2.2 Budget: Leistungsorientierung durch Psych-PV

- **Psych-PV:** Berechnung der notwendigen Vollkräfte
  für „Psych-PV-Personal“ (§§ 5 & 9 Psych-PV) entsprechend der Zuordnung der Patienten zu den Behandlungsbereichen (A1 usw.) an Stichtagen

- **MDK-System-Prüfung** für Budgetverhandlung

  Rechtliche Grundlage***: § 4 Abs. 4 Psych-PV***

  - Zuordnung der Patienten nach Behandlungsbereichen an den Stichtagen
  - ***Qualität: ob die Personalausstattung in ein entsprechendes Behandlungsangebot umgesetzt wurde***

z. B. in Hessen und Schleswig-Holstein angewendet,
aber in den meisten anderen Ländern: Psych-PV wurde den Kliniken zur „Selbstbedienung“ überlassen

2.3 Erlöse: leistungsorientiert – als Abschlag auf das Budget

- ***Leistungsorientierung der Erlöse:***
  - -- durch individuell verschiedene Anzahl der Berechnungstage
  - -- mit tagesgleichen Pflegesätzen,
  - -- aber gestuft nach teil- oder vollstationärer Behandlung
- ***Erlöse als Abschlag auf das Budget***
  mit Ausgleichen für Mehr- oder Minder-Erlöse

Psych-PV & BPflV - Leistungsorientierung der **Budget**-Findung und der **Erlös-**Abrechnung:

Das war ***1990 der pragmatische Kompromiss*** zwischen Leistungsorientierung und Praktikabilität, der heute noch gilt.

2.4 Zweite Evaluation der Psych-PV (APK 2007)

- **Enorme Leistungsverdichtung seit 1991:**
  entgegen der behaupteten Verlängerung der Behandlungsdauern durch Psych-PV & „tagesgleiche Pflegesätze“ **. Psychosomatik > Kunze et al. 2013**

Veränderung:	1991-2004	2004-2013
Fallzahl	+ 80%	+ 15%
Verweildauer	- 63%	- 10%
Pflegetage	- 33%	+ 6%
Betten (aufgestellt)	- 37%	+ 3%

(Zahlen aus Statistisches Bundesamt, Tabelle ergänzt)

- ***Sinkflug :*** Erhebliche Erosion der PsychPV – KJPP noch stärker

  5 von 10 Kliniken unter 90%

  3 von 10 Kliniken unter 85 % der Psych-PV-Erfüllung

2.5 Psych-PV: Streitbereiche zwischen Kliniken und Kassen: *bisher*

Streitbereiche begrenzt:

- ***Budgetabschluss*** insgesamt nur 1 x pro Jahr
- ***Erlösabrechnung:*** nur die Behandlungsdauer streitig
- Keine Patienten- und tagesbezogene Prüfung der Einzelkriterien für die Behandlungsbereiche der Psych-PV,
  denn die *Minutenwerte zu den Behandlungsbereichen* sind Durchschnittswerte
  - mit Relevanz nur zur Budgetfindung
  - aber kein Leistungsanspruch des einzelnen Patienten,
    den der MDK prüfen könnte, um die Erlösrechnung zu kürzen

2.6 PEPP: Streitbereiche zwischen Kliniken und Kassen: *zukünftig unbegrenzte Grabenkämpfe*

Logik von PEPP:
Festpreise pro Patient und stationäre Behandlungstage
– nach Bewertungsrelationen für den Leistungsaufwand.

Die Krankenhäuser liefern mit jeder Erlösrechnung für einen Fall einen umfangreichen Datensatz, nicht nur administrative Daten, sondern Haupt-und Nebendiagnosen sowie ***„Datum und Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren“*** (KHEntgG § 21 Abs. 2 und § 301 Abs 2 Satz 1 und 2 SGB V, „Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V gemäß Abs. 2 KHG“ (2015))

All die gelieferten Daten kann der MDK im Auftrag der Kassen überprüfen, um Gründe zu finden die Einzelrechnung zu kürzen und für die Dauer der Prüfung nicht zu zahlen. Dabei können Nachweise verlangt werden, welche Fachkraft mit welcher Qualifikation wann und wo welche Leistung für welchen Patienten erbracht hat.- Siehe 1.2 oben

Viele geprüfte Daten sind nicht relevant für die Bewertungsrelationen.

Mit diesem System wird ein wechselseitiger Mißtrauensaufwand induziert, der ohne Grenzen eskalieren kann. Das ist schon jetzt die Erfahrung der Kliniken, die optiert haben:

- Kassen prüfen die bürokratische Korrektheit der Datensätze (OPS usw.), um Erlösrechnungen zu reduzieren und zu verzögern - aber nicht den Sinn und die Qualität der Behandlung
- Die Kliniken investieren in Kodier-Experten, ggf. auch für ertragreichere PEPPs
- Im Mittelpunkt steht die Betten-zentrierte stationäre Behandlung:
  34 stationäre zu 5 teilstationären PEPPs – keine flexibilisierte individuell passgenaue Behandlung ??

„...eine ungeheure Arbeitsbeschaffungsmaßnahme für kontrollierende und kodierende Schreibtischmenschen ist, bei den Kassen, den MDKs und in den Kliniken:
zu Lasten der Patientenversorgung“ *(Persönliche Mitteilung)*

2.7 Zwischenbilanz

Die Bewertung des bisherigen Finanzierungssystems muss unterscheiden

- **(+)** die ***Rechtlichen Vorgaben***, insbesondere Psych-PV & BPflV
- **(--)** die von ***Interessen geleitete Anwendung*** durch die Krankenkassen und die Klinikträger

§ 4 Abs. 4 Psych-PV – Anwendung als KUHHANDEL!

In den meisten Bundesländern: Psych-PV wird den Kliniken zur „Selbstbedienung“ überlassen,

- Die Kassen interessieren sich nur für die ***Budget-Deckelung durch die BPflV***
- Ein Teil der Krankenhausträger akzeptiert die Unterfinanzierung, im Austausch ***für den Verzicht auf Systemprüfungen nach § 4 Abs. 4 Psych-PV durch die Kassen/MDK***

3.1 Ziel zur Kursorientierung bis 2023: Krankenhausbehandlung - *flexibler, individuell passgenau*

Voraussetzung ist die flexibilisierte & integrierte Krankenhausbehandlung (Prozessqualität):

- ✓ ***Dosis:*** die institutionelle Dosis mit gleitenden Übergängen bis zurObergrenze der PIA, statt der zu großen Stufen stationär, teilstationär, ambulant
- ✓ ***Ort*** der Krankenhausbehandlung: ***in* der Klinik und durch die Klinik *im Lebensfeld***, auch als individualisierter *Mix*
- ✓ ***Zeitmuster***: auch *intermittierende* Behandlungsprozesse (Intervalltherapie)
- ✓ ***Kontinuität*** oder Wechsel: Veränderungen der therapeutisch wichtigen Beziehungen nur aus therapeutischen Gründen, nicht fremdbestimmt durch Veränderungen der Behandlungsform oder der Finanzierung.

- ✓ ***Aufwand: soviel wie nötig, so wenig wie möglich***
- ✓ möglichst wenig Einschränkung von Eigenverantwortung

APK-Projekt (2013): http://www.apk-ev.de/Datenbank/projekte/0076_Abschlussprojektbericht%20WPK.pdf

Aber Fehlanreiz mit PEPP: Aufwand steigern!

3.2 Zwei Beispiele Folie 3.3 & 3.4

Flexibilisierte, individuell passgenaue Behandlung:

Die Zeilen A, B & C stehen für das mögliche Spektrum von individualisierten personenorientierten Behandlungsprozessen.

Die Behandlungsprozesse kann man auch in der andern Richtung lesen: mit PIA oder ½ Tag pro Woche beginnen, und die „institutionelle Dosis“ erhöhen, wenn notwendig.

Es geht nicht darum, was immer, überall und für Alle das einzig richtig sein soll.

Aber die bisherigen Formen:

stationär, teilstationär & ambulant

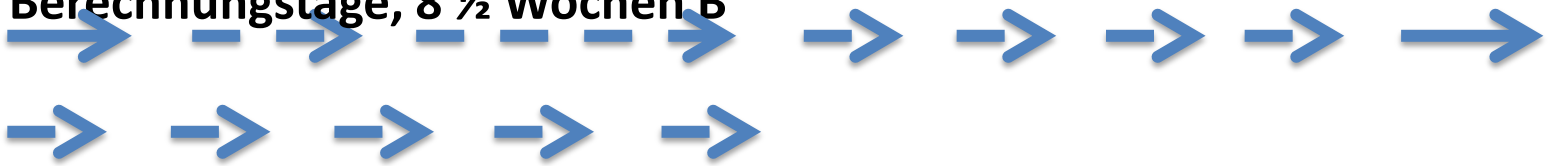
und ihre separate budgetierte Verfügbarkeit behindern die individuell passgenaue Behandlung von Personen

3.3 Flexibilisierung von Behandlungsverläufen Beispiel: Borderline-Persönlichkeitsstörung

A 16 Tage vollstationär = **16 Berechnungstage, 2 ½ Wochen Behandlung**

B 7 Tage vollstationär + 11 Tage teilstationär = **15,8 Berechnungstage, 3 ½ Wochen Behandlung**

C 2 Tage vollstationäre Krisenintervention + 7 Tage teilstationär + 3 Tage intermittierend teilstationär (jeden zweiten Tag) + 3 Tage vollstationär Krisenintervention + 1 Tag teilstationär + 5 Tage intermittierend halbtagstagesklinisch = **15,8 Berechnungstage, 8 ½ Wochen B**

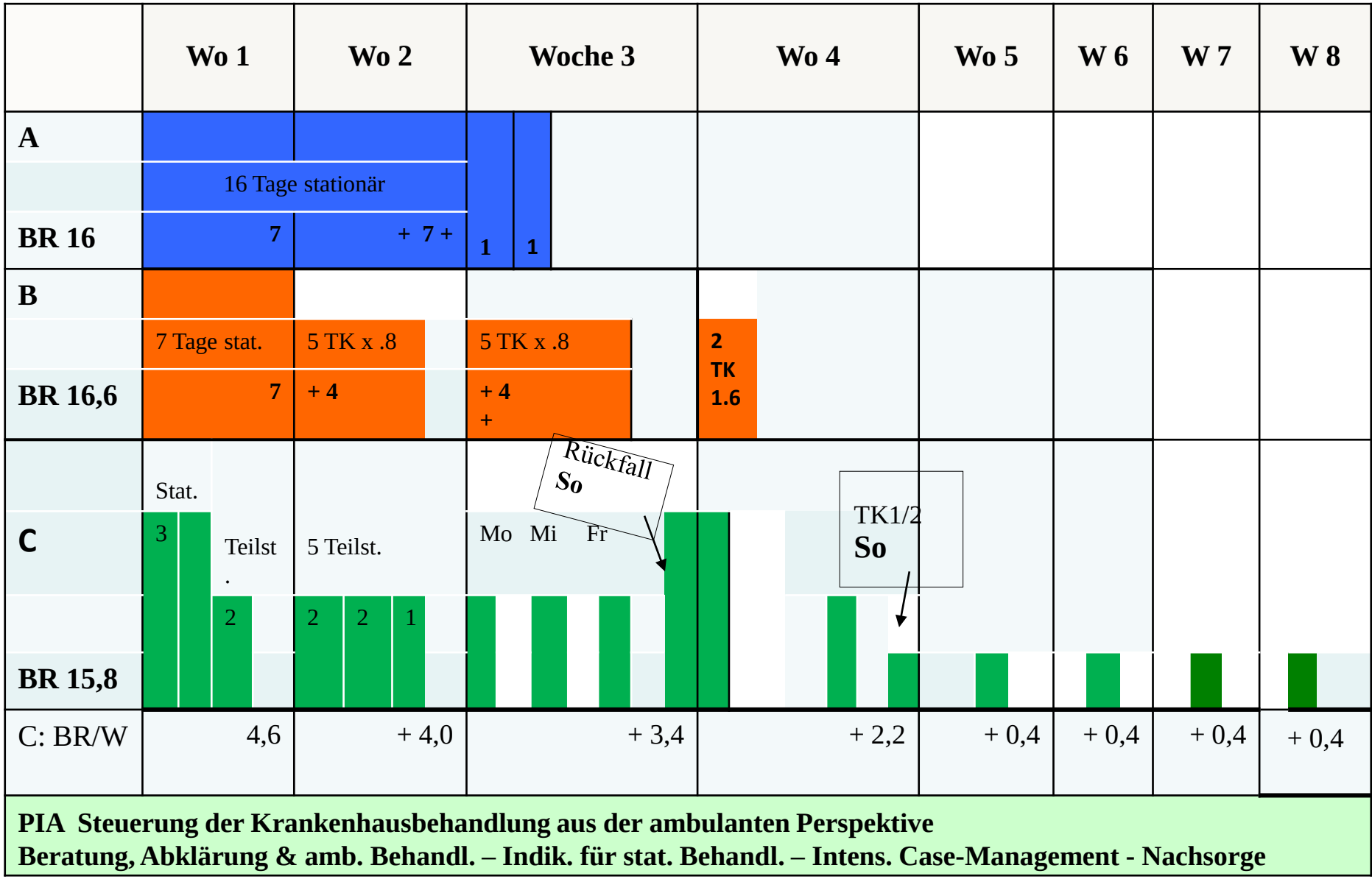


Welche Behandlung wird dem individuellen Krankheitsverlauf am ehesten gerecht?
Wie gelingt der beste Transfer von klinischen Behandlungserfolgen in den Alltag?

(Grupp & Hansen, ZfP Südwürttemberg)

3.4 Flexibilisierung z. B. Akutbehandlung Alkoholiker: Modellrechnung A, B & C

BR = Bewertungsrelationen – Sektoren übergreifend



PIA Steuerung der Krankenhausbehandlung aus der ambulanten Perspektive
Beratung, Abklärung & amb. Behandl. – Indik. für stat. Behandl. – Intens. Case-Management - Nachsorge

3.5 Prozess-Qualität: Zuständigkeit für *Personen* *statt Maßnahmeformen*

Psychiatrische Klinik:

Leitungen für

Einheiten / Abteilungen nach *Zielgruppen:*

Psych-PV-Gruppen / Störungen / Regionen

Integrierte Behandlung stationär-teilstationär-ambulant
- in der Klinik
- durch die Klinik im Lebenskontext,
- vernetzt mit professionellen Diensten in der Region

Therapeuten haben Verantwortung
- übergreifend für Patienten
- separat für Therapiemodule,

Bessere Kontinuität / weniger Schnittstellen:

Patienten > < Therapeuten

Angehörige > < Therapeuten

Therapeuten > < sonstigen Medizin:

Hausärzte, somatische Kliniken, Psych-Fachärzte, Psychotherapeuten, Pflegedienste, Soziotherapie

Therapeuten & Patienten > < externe professionelle. Dienste:

Arbeit und Wohnen, Suchthilfe,

Behinderten-, Alten- & Jugendhilfe

Kirchengemeinde, Volkshochschule, Schuldnerberatung

3.6 Ergebnisqualität: Sektoren übergreifend für Personen

statt segregierte Fälle: je stationär, teilstationär, ambulant

Person: klinische Indikatoren...

Psychosoziale Kriterien: Befähigung zu möglichst selbstständigem und zufriedenem Leben, Bildung und Arbeiten, sowie mit ambulanter Behandlung auskommen

Versorgung wirtschaftlicher: weniger stationäre Wiederaufnahmen

Kennzahlen entwickeln: Personen bezogen, Sektoren übergreifend, ambulante Endstrecke entscheidend!

*Z. B.: Behandlung bei **Diabetes mellitus*** **-** Früher **stationär – Heute im Alltag**

Ergebnisqualität:

-- für Patienten Lebensqualität besser,

-- Versorgungssystem wirtschaftlicher

3.7 Abrechnung von flexibilisierter Behandlung erleichtern

- Flexibilisierte KH-Behandlungen als ***Behandlungsprozesse von Personen*** abbilden:
  -- tagesbezogene Bewertungsrelationen (BR) auf der Zeitachse, ohne Bezug auf „Fälle“ u. mathematische Verteilungen
  -- ambulant bis stationär,
  -- im Krankenhaus und im Lebensfeld
  -- intermittierend, integrierte Behandlungsprozesse

- Bei Budgetsteuerung reicht die ***grobkörnige Abbildung*** (für BRs) der Behandlungsprozesse

- Aus Day-Mix BR der Personen auf der Zeitachse ***„andere Abrechnungseinheiten“*** entwickeln (siehe Prüfauftrag § 17d)

3.8 Leistungen für ein Krankenhaus-Jahresbudget:

Regionale Pflichtversorgung

Krankenhaus-Behandlung von ***X Personen aus der Population Y***
Qualitätsindikatoren, insb. ***Strukturqualität therapeutisches Personal***

Systemprüfung: Pflichtversorgung, Strukturqualität therapeutisches Personal
& Umsetzung in ein entsprechendes therapeutisches Konzept

Gewichteter Aufwand mit Bewertungsrelationen (BR) – Entwicklungsschritte

- ✓ zunächst für stationär, teilstationär, ambulant
- ✓ flexibilisiert für individuell passgenaue Behandlung
- ✓ Sektoren übergreifend
- ✓ Day-Mix für Zeitstrecke einer Behandlung, Quartal oder Jahr

Empirisch entwickeln

- Personen-bezogene Indikatoren für Schweregrad
- Kontextfaktoren

Zuordnung der tagesbezogen Leistungen zur Person:
Sektoren und Fachgebiete (Psychiatrie & Psychosomatik) übergreifend

3.9 Versorgungsauftrag und Qualitätsanforderungen für Krankenhausbudget mit regionaler Versorgungspflicht: Prozessqualität

Sichert den Anspruch für die Bewohner einer definierten Region

Adressaten zur Umsetzung: Landesplanung, Krankenkassen,
kommunale ***Daseinsvorsorge*** (OLG Stuttgart AZ.: 2U 11/14)
Für Patienten gilt die Wahlfreiheit!

- wohnortnahe Krankenhaus-Behandlung stationär, teilstationär, ambulant, rechtzeitig und ggf. jederzeit
- besonders für die schwer Kranken
- Flexibel, individuell passgenau, so wenig die Selbstbestimmung beeinträchtigend wie möglich
- Kontinuität fördernd: zu Therapeuten, Angehörigen,
  Region: zu Ärzten und anderen Therapeuten und Diensten (Wohnen, Arbeiten, Bildung...) - Prozessqualität für Nachhaltigkeit der Behandlungsergebnisse

Deister/Wilms: „Regionale Verantwortung übernehmen“ (2014)

3.10 Regionale Risikoadjustierung zur Budgetfindung und Qualitätsbeurteilung

Bundesweite Mittelwerte: neue regionale Ungerechtigkeiten

Empirische Kennzahlen sollen die bisherige „Handsteuerung“ besser begründen:

- *Anzahl der behandelten Personen, gewichtet* (nicht Fälle),
  Routinedaten der Kliniken und Kassen
- *Region mit Pflichtversorgung:* Morbidität in der Region, und ggf. außerhalb
  Routine-Daten der Kassen
- *Regionale Unter- bis Überversorgung*
  durch Praxen (Hausärzte, Psych-Fachärzte/Psychoth.), somatische Kliniken, Dienstleister für Reha, Eingliederungshilfe, Pflege, Jugendhilfe ...
- *sozio-demographischen Faktoren der regionalen Population*,
  die die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung beeinflussen.

Der *regionale Populationsbezug* und der *Bezug zur Versorgungssituation*
Im NHS England wird dieser Ansatz seit mehr als 2 Jahrzehnten genutzt (Hirsch 1988).
Hinweis auf eine differenzierte Übersicht und Bewertung aus England: Tulloch & Priebe (2010),
Hinweis auf eine Anwendung in Deutschland: Schräder et al. (IGES: 2002) Abschnitt B 5.2 Regionalisierungsmodell, S. 69-73; Sachverständigenrat 2009 & 2014.

4.1 Neustart mit KHRG 2009

- ***Budgetsteuerung – statt Festpreise***

  für Einzelleistungen ohne Versorgungs- und Qualitätsziele

✓ ***Prinzip der Budgetsteuerung weiter entwickeln***

✓ ***Alle Formen der Krankenhausbehandlung einbeziehen***

✓ ***Integrierte, flexibilisierte Behandlungsprozesse***

✓ ***bürokratie-arm abbilden und abrechnen***

- Siehe in der Amtl. Begründung zu § 17d KHG:
  die Hinweise auf Psych-PV, Sektoren übergreifende Behandlung, Jahresbudgets, Konzept der AOLG, Prüfaufträge zur Institutsambulanz und „anderen Abrechnungseinheiten“, „Ein „Fallbezug“ wie im DRG-System erscheint ... grundsätzlich nicht geeignet“, der „Differenzierungsgrad soll praktikabel sein“

4.2 Wie kann es weiter gehen? Modellvorhaben §64b (V)

Dringlich ist **ein Bundesmodellprogramm** auf der Grundlage eines Bündnisses von Bund und Ländern:

- Voraussetzungen schaffen für gemeinsame Fragestellungen und Auswertung
- Jährliche Translation ins Regelsystem
- Ausweitung der Modelle je Bundesland proportional zur Bevölkerung, die KJPP ist besonders zu berücksichtigen
- Für Modell-Kliniken ist ein Nachteilsausgleich notwendig für den zusätzlichen Aufwand zur Systementwicklung und Dokumentation, und als Anreiz zur Teilnahme bei erwartbaren Konvergenzgewinnen

- Die Länder genehmigen Anträge auf neue Betten nur
  -- im Rahmen regionaler Pflichtversorgung
  -- wenn erwiesen ist, dass ambulante und stationsersetzende Behandlungsformen nicht ausreichen
  -- neue Betten als stationsersetzende Behandlungsformen realisiert werden.

4.3 Modellvorhaben erproben für das Regelsystem
>> Translation jährlich

- ***Budgetsteuerung statt Festpreise***
- Entgelte als Abschlag auf das Budget
- Kultur des Vertrauens - statt Eskalation des Mißtrauens
- Leistungsbeschreibung der Krankenhaus-Realität – ambulant bis stationär ausgehend von Psych-PV (z. B. Hanau), § 17d-konform & „praktikabel“
- Strukturqualität: regionale Versorgungspflicht & therapeutisches Personal
- Prozessqualität individuell passgenaue Behandlung
- Ergebnisqualität mit Bezug auf das wirkliche Leben / Alltag
- regionale Risikoadjustierung für Budgetfindung und Qualitätssicherung
- ***Krankenhaus-Budgets:***
  -- nach bundeseinheitlichen Vorgaben
  -- mit regionaler Differenzierung
- ***Konvergenz konzeptionell*** in Schritten von alten zu zukünftigen Budgets statt mathematische „Konvergenz“

4.4 Unsere Ziele für die Entgeltentwicklung:

Krankenhausbehandlung :

- Den Nutzen für die ***Patienten*** verbessern

- Die Wirtschaftlichkeit für die ***Beitragszahler*** verbessern

DANKE FÜR IHR INTERESSE!

Literaturhinweise

Weiß et al. in f&w 2014:
http://www.apk-ev.de/Datenbank/themen/0169_FuW_03_2014_Gewagtes_Manoever_262-265.pdf

Kunze et al. f&w 2013: http://www.apk-ev.de/Datenbank/themen/0160_fuw_01_2013_S_58-61_Finanzierung.pdf

Löhr et al. (2014) Wegfall der Psych-PV – was dann? Mögliche Auswirkungen auf den Pflegedienst psychiatrischer Krankenhäuser.
Psych Pflege 29: 140-141, 148-155

Kunze H (2014) Psychiatrie-Personalverordnung – relevant auch für die Zukunft? „Lecture“ im Nachwuchsprogramm des DGPPN-Kongresses November 2014 (Folien vom Autor anfordern)

Aktion Psychisch Kranke (Hg.) (2007) Evaluation der Psych-PV. Abschlussbericht der Psych-PV-Umfrage im Auftrag des BMG. Psychiatrie-Verlag, Bonn
http://www.apk-ev.de/publikationen/439-PschPV_RZ.pdf

kunze@apk-ev.de