



## **Vorläufige Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zur weiteren Ausgestaltung der Rahmenbedingungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

(Anfrage des Bundesministeriums für Gesundheit vom 03.01.2011)

Berlin, 15. März 2011

Korrespondenzadresse:  
Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## A. Vorbemerkungen

Die nachfolgende vorläufige Stellungnahme erfolgt u. a. unter Berücksichtigung der Beschlüsse der Deutschen Ärztetage 2007 bis 2010, der Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Neugestaltung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 vom 13.11.2008, der Stellungnahme zum GKV-Finanzierungsgesetz 2010 vom 14.10.2010 sowie der Beratungsergebnisse der zuständigen Gremien der Bundesärztekammer (2009/2010) und der unterschiedlichsten Rückmeldungen von Ärztinnen und Ärzten/Fachgesellschaften.

Trotz eines wiederholten Angebotes zur Integration fachlicher Expertise wurde die Bundesärztekammer erst 2010 nach und nach beratend in die weitere Fachdiskussion zur Ausgestaltung eines neuen Psych-Entgeltsystems auf der Basis von tagesbezogenen Entgelten gem. § 17 d KHG einbezogen. Bisher ist keine dem G-DRG-System äquivalente Option zur Beteiligung der Bundesärztekammer gewährleistet.

Die Bundesärztekammer ist nach wie vor der Auffassung, dass bei der weiteren Ausgestaltung der Vergütungssystematik u. a. insbesondere auf Basis der Diskussionen und Erfahrungen der Beteiligten im Jahr 2010 folgende Schwerpunkte vordringlich zu berücksichtigen sind:

- Pilotierung: Die Erprobung wesentlicher neuer Systematiken und Instrumentarien in Modellen (vor einer flächendeckenden Umsetzung)
- Arztmangel/Fachkräftebedarf: Die eingehende Berücksichtigung der Aus-, Fort- und Weiterbildungskapazitäten sowie der aktuellen Zahlen und Prognosen zum Ärztemangel in den betroffenen Fachgebieten bei der weiteren Ausgestaltung der Systematik
- Finanzielle Ressourcen: Die limitierenden Auswirkungen des GKV-OrgWG und GKV-FinG auf die Finanzoptionen der an der Einführung des tagesbezogenen Entgeltsystems gem. § 17 d KHG beteiligten Kliniken (Wirkung der Regelungen der Veränderungsrate 2011/2012 etc.)
- Verweildauerverlauf: Die Berücksichtigung der Entwicklung der Betten- und Verweildauerzahlen für die betroffenen Fachdisziplinen im Verlauf der letzten 20 Jahre
- Begleitforschung: Die Unabdingbarkeit des Beginns einer zeitnahen Begleitforschung vor Einführung der budgetneutralen Phase
- Demografie: Die Berücksichtigung der demografischen Entwicklung der Bevölkerung und der daraus resultierenden besonderen Bedeutung einer ausreichenden Finanz- und Personalverfügbarkeit der betroffenen Bereiche, z. B. der Gerontopsychiatrie.
- Umsetzbarkeit Psych-PV: Zudem muss aus Sicht der Bundesärztekammer sichergestellt sein, dass die mit der bisherigen Psych-PV intendierten Verbesserungen der Personalressourcen bis zum Beginn der budgetneutralen Phase durch die beteiligten Kliniken und medizinischen Einrichtungen rechtssicher und ohne die Einschaltung von Schiedsstellen erreicht werden können.
- Datenschutz: Implementierung eines begleitenden Datenschutzkonzeptes
- Entbürokratisierung: Reduktion der mit der Einführung und Umsetzung des neuen Vergütungssystems verbundenen Dokumentationsverpflichtungen für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie für die medizinischen Fachkräfte auf das unverzichtbare Minimum

- Beibehalt eines tagesbezogenen Entgeltsystems: Darüber hinaus ist es unabdingbar, dass trotz verschiedenster technischer Anlehnungen (in Ermangelung von internationalen Finanzierungsmodellen für den Bereich Psychiatrie/Psychosomatik) an das deutsche G-DRG-Fallpauschalensystem keine „Weiterentwicklung“ des noch in Entwicklung befindlichen tagesbezogenen Entgeltsystems gem. § 17 d KHG in ein DRG-Fallpauschalensystem erfolgt. Diese Position wird durch eine Vielzahl von Verbänden, Institutionen, Berufsverbänden und Fachgesellschaften geteilt und ist als Axiom der weiteren Diskussionen zu sehen.

#### Einführungszeitplan/Qualität:

Bedingt durch die nicht unerheblichen Umsetzungsprobleme in den Jahren 2009/2010 sollte zudem bei der weiteren Ausgestaltung von finanzierungssystematisch relevanten Entscheidungen zu

- Dauer und Ausgestaltung der budgetneutralen Einführung
- Dauer und Ausgestaltung der Konvergenzphasen
- Nutzung des Entgeltsystems als Preissystem
- Änderungen der Budgetverhandlung
- Berücksichtigung der Beitragssatzstabilität
- Begleitende Regularien, z. B. Abrechnungsprüfungen

der vorgesehene Einführungszeitraum kritisch überdacht werden. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist der geplante Einführungszeitraum zu ambitioniert gewählt. Hier muss dem Grundsatz „Qualität vor Schnelligkeit“ der Vorzug gegeben werden.

Im Gegensatz zu der Einführung des G-DRG-Fallpauschalensystems kann auf kein international verfügbares Modell zurückgegriffen werden. Darüber hinaus sind die beteiligten Kliniken und medizinischen Einrichtungen noch nicht mit einer vergleichbaren Infrastruktur wie Informationstechnologie und des zugehörigen Personals ausgerüstet. Ebenso stehen die Software-Anbieter vor erheblichen Herausforderungen angesichts der durch die Selbstverwaltungspartner noch zu treffenden Richtungsentscheidungen.

Bei der weiteren Ausgestaltung des tagesbezogenen Entgeltsystems gem. § 17 d KHG muss es daher umso mehr darum gehen,

- eine flächendeckende, moderne und sektorübergreifende Versorgung von psychiatrischen und psychosomatischen Patientinnen und Patienten sicherzustellen,
- eine ausreichende Verfügbarkeit von Personal- und Behandlungskapazitäten unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung der Bevölkerung und der Ärzteschaft in der Psychiatrie und Psychosomatik sicherzustellen sowie
- durch die Etablierung eines „lernenden Systems“ den ausreichenden und schnellen Zugang berechtigter Innovationen zu gewährleisten.

#### Kompensationsfähigkeit ambulanter Sektor:

Bei der weiteren Ausdifferenzierung der Finanzierungssystematik muss zudem die reale Kompensationsfähigkeit des ambulanten Sektors mitdiskutiert werden. Die nach Neujustierungen von Vergütungssystemen im stationären Sektor übliche Intensivierung von Verweildauerverkürzungen (z. T. auch gesundheitspolitisches Ziel) muss sehr genau abgewogen werden, da schon derzeit von einer Kompensationsfähigkeit (medizinische und finanzielle Ressourcen) nicht mehr ausgegangen werden kann:

„In der Vergangenheit wurden in psychiatrischen Kliniken massiv Behandlungsplätze abgebaut. Die frei gewordenen finanziellen Mittel wurden aber nicht genutzt, um die Patienten vermehrt von niedergelassenen Nervenärzten und Psychiatern behandeln zu lassen. Patienten mit einer seelischen Störung müssen daher immer länger auf einen Arzttermin warten. Die niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte seien außerdem gezwungen, pro Patient weniger Termine zu vereinbaren. Sei die Behandlung aber nicht mehr engmaschig genug, leide auch der Behandlungserfolg.... Seit Jahren prognostizierten und bestätigten Gutachten die Zunahme seelischer Erkrankungen, ohne dass die ambulanten Versorgungsstrukturen dieser Entwicklung angepasst würden.“ (Deutsches Ärzteblatt, 21.02.2011)

#### Mitverantwortung der Bundesländer:

Im Rahmen der notwendigen finanziellen Ausstattung sieht die Bundesärztekammer neben dem Bund auch die Bundesländer in der Pflicht, eine ausreichende Finanzierungsgrundlage durch eine Intensivierung der landesspezifischen Krankenhausinvestitionsfinanzierung für die Psychiatrie und Psychosomatik zu gewährleisten. Die bisherige Rückführung der Finanzmittel zur Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer konterkariert eine Fülle von Initiativen und Programmen zur Verbesserung der Versorgung, z. B. im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie sowie der Versorgung von Patientinnen und Patienten (z. B. mit Demenz).

Bei der weiteren detaillierten Ausgestaltung des neuen Vergütungssystems muss somit sichergestellt werden, dass das deutsche Gesundheitswesen rechtzeitig auf die bekannten Versorgungsherausforderungen vorbereitet wird. Die Diskussionen im Jahr 2010 zeigen deutlich, dass der inhaltliche und systematische Entwicklungsstand der Instrumentarien für das pauschalisierte Entgeltssystem für psychiatrische und psycho-somatische Einrichtungen gem. § 17 d KHG noch nicht den Status erreicht hat, dass eine reine Fokussierung auf finanzsystematische Entscheidungen ausreichend ist.

Die Bundesärztekammer nimmt nachfolgend Stellung zu Einzelheiten des Diskussionsstandes und zu wesentlichen Punkten, die bei der weiteren Implementierung Berücksichtigung finden müssen.

### **B. Vorläufige Stellungnahme der Bundesärztekammer im Einzelnen:**

#### **Ärztlicher Nachwuchs/Fachkräftemangel**

Der zunehmende Ärztemangel ist auch und gerade in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychosomatik deutlich bemerkbar. Die entsprechenden Erörterungen mit Fachgesellschaften und mit Personalagenturen zeigen, dass z. B. für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie schon derzeit kaum noch ausreichend qualifizierte Bewerber für die frei werdenden Stellen in Klinik und Praxis zu finden sind. Eine in anderen Fachdisziplinen vergleichbare Akquise von Ärztinnen und Ärzten im europäischen Ausland, die nach Einschätzung der Bundesärztekammer zudem nicht unbedenklich ist, scheidet darüber hinaus aus, da gerade in den genannten Fachdisziplinen eine sichere und intensive Kommunikation zwischen Arzt und Patient über lange Zeit sichergestellt sein muss.

Ähnliche Verknappungen zeichnen sich zunehmend auch für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie ab. Ebenso ist die für die aus der Entwicklung der Allgemeinmedizin bekannte Überalterung auch in diesen Fachdisziplinen zu verzeichnen, so dass in den nächsten Jahren von einem erheblichen Nachbesetzungsbedarf ausgegangen werden muss.

In einem in Kooperation der Bundesärztekammer mit einer auf das Gesundheitswesen spezialisierten Personalagentur aktuell erstellten Index nehmen die betroffenen Fachdisziplinen leider schon derzeit „Spitzenpositionen“ ein:

Platz 1: Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

6,9

Platz 2: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 8,4

Platz 5: Psychiatrie und Psychotherapie 11,5

(„Facharztindex“: Die Zahl der für ein Fachgebiet im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Anzeigen wird ins Verhältnis zur Zahl der in diesem Fachgebiet angestellt tätigen Ärztinnen und Ärzte gesetzt).

Dies wird sich in Relation zu anderen Fachdisziplinen in der Psychiatrie/Psychosomatik umso mehr bemerkbar machen, da es sich um weniger technisierte und daher personalintensivere Formen der ärztlichen Patientenbetreuung handelt. Eine entsprechende Berücksichtigung dieser Entwicklung ist daher bei der weiteren Ausgestaltung des Finanzrahmens und der Finanzsystematik dringend zu empfehlen.

### **Erfahrungen aus dem Pretest 2010**

Die Bundesärztekammer hat 2010 wiederholt den Erfahrungsaustausch mit Beteiligten durchgeführt. Im Jahr 2010 wurden durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 17 Pretest-Kliniken ausgewählt. Das zugrunde gelegte Kalkulationshandbuch entspricht in wesentlichen Punkten der G-DRG-Systematik. Wie Rückmeldungen von beteiligten Krankenhäusern zeigen, können bei den zugrunde gelegten Kostengruppen „Diagnostik“, „Therapie“ und „stationärer Betreuungsaufwand“ (so genannte Residualgröße) insbesondere die stationären Betreuungsleistungen nur mit einem erheblichen Aufwand abgebildet bzw. einzelnen Patientengruppen zugeordnet werden. An dieser Stelle wird die im Gegensatz zu anderen Versorgungsbereichen ausgeprägte Komplexität der psychiatrischen/psychosomatischen Behandlung kenntlich, deren ausgeprägte und gewachsene Vernetzung zwischen dem stationären und ambulanten Sektor derzeit nur mit erheblichen Schwierigkeiten abgebildet werden kann. Auf den Kostenblock „Residualgröße“ entfallen 60% - 70% der Gesamtkosten. Dieser Kostenblock hat somit eine erhebliche Bedeutung; eine methodische Systematik zur sachgerechten Verteilung dieser Kosten besteht bislang jedoch nicht.

Spezifischere Vorgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) lagen nach Aussagen der Teilnehmer nicht vor. Derzeit stehen 7 Modelle zur Auswahl. So sehr durch die unterschiedliche Modellierung innovative Ansätze als Diskussionsgrundlage entwickelt werden können, so sehr wird deutlich, dass die aufwandsrelevanten Faktoren für den stationären psychiatrischen Bereich noch fehlen. Die ersten Nachkalkulationen einiger Pretest-Kliniken zeigen, dass derzeit eine verlässliche Kalkulation für die Identifikation von Kostentreibenden und Kostentrennenden Merkmalen noch nicht ausreichend möglich ist.

Dies betrifft auch die Anwendbarkeit des neu geschaffenen OPS, für den leider 2010 nicht – wie von der Bundesärztekammer empfohlen – eine unterjährige Adaptierung erfolgte. In diesem Zusammenhang wird es entscheidend sein, wie das Verhältnis des Gesamtbehandlungsaufwandes und der Einzelleistung stehen wird, um die Handhabbarkeit und die Sinnhaftigkeit der derzeitigen OPS-Kodes zur Ermöglichung einer sachgerechten Leistungsabbildung einschätzen zu können. Zudem ist die aktuelle Version des OPS mit erheblichem Dokumentationsaufwand verbunden. Sollten sich die Erfahrungen der überwiegenden Zahl der am Pretest teilnehmenden Kliniken bestätigen, muss dringend über eine zweite Runde des Pretestes diskutiert werden, da die Nutzung der Daten des Jahres 2010 für eine Kalkulation der Entgelte der darauf folgenden Jahre auf keiner validen Datenbasis erfolgen würde. Damit wären z.B. erhebliche Fehlallokationen nicht auszuschließen.

### **Erfahrungen aus der praktischen Umsetzung vor Ort 2010**

Basierend auf Rückmeldungen betroffener Ärztinnen und Ärzte, Kliniken und Verbände zeichnet sich für den Zeitraum 2010 ab, dass

- mit Hilfe des derzeitigen OPS (noch) keine ausreichende Abbildung der komplexen und vielschichtigen Verfahren der betroffenen Fachdisziplinen erreicht werden kann,
- der bürokratische Aufwand und die damit verbundenen Kosten in den Klinik erheblich gestiegen sind
- die notwendigen Mittel für IT, Schulungen, Software, Kodierpersonal etc. teilweise aus der für die Patientenversorgung erforderlichen Finanzmittel stammen,
- trotz bestehenden Ärztemangels und der Einsatznotwendigkeit ausländischer Ärztinnen und Ärzte die zeitliche Bindung ärztlicher Arbeitsressourcen deutlich gestiegen ist und diese der Patientenversorgung somit nicht zur Verfügung stehen,
- die Daten als Grundlage einer Kalkulation von den Dokumentierenden als nur sehr bedingt belastbar gesehen werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich schon jetzt durch die Einführung des neuen Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik gravierende Fehlentwicklungen zeigen, die sich zukünftig negativ auf die psychiatrisch-psychosomatische Versorgung auswirken werden: Nicht da gewesene Zunahme der Bürokratisierung im Zusammenhang mit den psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen, Vermehrung der zukünftigen Konflikte im Bereich der Kontrolle durch den Medizinischen Dienst und Setzen von Fehlanreizen durch die Fixierung des neuen Entgeltsystems auf Quantifizierung der Aufwendungen der Therapie - unabhängig vom Therapieerfolg.

Da durch das neue Entgeltsystem es nicht zu einer Zunahme von Mitteln für die psychiatrisch-psychosomatische Behandlung kommen soll, ist davon auszugehen, dass durch die Bürokratisierung des Behandlungsprozesses durch Dokumentation und Kontrolle der unmittelbaren Behandlung psychisch kranker Menschen während der teil- und vollstationären Behandlung Mittel entzogen werden.

Aus den o. g. Gründen ist an der Validität der bis dato gewonnenen Daten als Grundlage für das neue Entgeltsystem zu zweifeln.“(AG Krankenhauspsychiatrie Thüringen 04.02.2011)

### **Begleitforschung**

Um Fehlallokationen vermeiden zu können, ist es unverzichtbar, zeitnah und mit dem Fokus auf die medizinische und ökonomische Entwicklung des Versorgungsgeschehens während der Einführung und späteren Umsetzung des Entgeltsystems gem. § 17 d KHG eine Begleitforschung zu implementieren. Schon jetzt wird die zeitliche Grenze erreicht, in welcher eine „Null-Linie“ der Daten sinnvoll generiert werden kann, die als Bemessungsbasis der weiteren Entwicklung, zur Vermeidung von Fehlallokationen sowie als Basis eines „lernenden Systems“ unverzichtbar sind. Dies umfasst insbesondere patientenrelevante Parameter, die Qualität der Versorgung sowie die Auswirkungen auf die medizinischen Fachkräfte, insbesondere Ärztinnen und Ärzte. Eine „Nachlieferung“ Jahre nach dem gesetzlich vorgesehenen Zeitpunkt - wie im G-DRG-Fallpauschalensystem - wäre kontraproduktiv, zumal es um die Versorgungssicherung von Patientinnen und Patienten geht, die über teilweise nur eine eingeschränkte oder nicht gegebene Geschäftsfähigkeit verfügen. Zudem sollte diese Begleitforschung wesentliche Elemente der Versorgungsforschung berücksichtigen, da die daraus resultierenden Ergebnisse nicht zuletzt Bedeutung für die weitere Ausrichtung des Gesundheitswesens in Fragen der adäquaten Instrumentarien zum Umgang mit der demografischen Herausforderung haben wird.

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass zwischenzeitlich ein erster Schritt auf dem Weg zu einer Begleitforschung veranlasst wurde („Machbarkeitsstudie“). Dennoch gilt es, eine zeitnahe Datengrundlage sicherzustellen. Alleine die europaweite Ausschreibung, Vergabe und Erarbeitung der Machbarkeitsstudie wird dazu führen, dass der fachliche Beginn der Begleit-

forschung schon aus heutiger (optimistischer) Sicht sich auf Ende des Jahres 2012 verschiebt.

Die Bundesärztekammer hat in den letzten Jahren eine Fülle an Instrumentarien und Ergebnissen im Bereich der Versorgungsforschungssystematik initiieren können und steht gerne bei der weiteren Ausarbeitung der Begleitforschung beratend zur Verfügung.

### **Bedeutung der Psych-PV**

Ziel der Neueinführung des tagesbezogenen Entgeltsystems ist u. a. die Ablösung der Psychiatrie-Personalverordnung als entscheidende Grundlage des Vergütungssystems. Auch wenn die rein auf Strukturqualität basierende Personalverordnung abgelöst werden soll, muss durchaus erwogen werden, sie als Grundlage für die weitere Ausdifferenzierung bzw. Entwicklung der Patientenklassifikation in Erwägung zu ziehen. Gegebenenfalls könnte dieser Schritt mit einer deutlichen Reduktion der Dokumentationsbelastungen verbunden sein.

Wesentlich erscheint aus Sicht der Bundesärztekammer zudem, dass die Kalkulationsphase 2011/2012 unbedingt auf der Basis eines hohen Psych-PV-Umsetzungsgrades aufsetzen kann. Nach einer Umfrage der Aktion psychisch Kranker aus dem Jahr 2005 erreichten 24 % der Kliniken eine 85 %-Psych-PV-Quote nicht.

Mit Adaptierung des § 6 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) durch das KHRG kam es in den nachfolgenden Budgetverhandlungen zu Divergenzen zwischen den Kliniken und den Krankenkassen. Unter dem Hinweis, dass in die Budgetverhandlungen der Vorjahre jeweils die verhandelten Soll-Vollkraftwerte mit den Kliniken vereinbart worden seien, wurde durch viele Krankenkassen eine Finanzierung von zusätzlichen Personalstellen abgelehnt. Entsprechende Schiedsstellen-Anfragen waren die Folge. Teilweise wurden 2009 die Verhandlungen zum § 6 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung auf 2010 verschoben und somit auf einen Anspruch für 2009 verzichtet. Dies entspricht insgesamt einer Verlagerung der Finanzierung zusätzlicher Personalstellen – zumindest für das Jahr 2009.

Bedingt durch diese Rechtsunsicherheit haben nur relativ wenige Kliniken ihre Stellen nicht bis zur 90 % Psy-PV-Quote aufstocken können. Damit kann naturgemäß auch nicht die zweckmäßige Nutzung eventuell möglicher zusätzlicher Budgetbeträge gem. § 6 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung nachgewiesen werden. In Verknüpfung mit dem Mangel an medizinischem Fachpersonal bedeutet dies für den Zeitraum 2010, 2011 und 2012 eine mögliche Fortschreibung des Personalproblems.

In Verbindung mit der am 13.09.2010 veröffentlichten Veränderungsrate gem. § 71 Abs. 3 SGB V in Höhe von 1,15 % dürfte es zudem zu einer Festschreibung der Unterfinanzierung des Standards der Psychiatriepersonal-Verordnung kommen. Diese Einschätzung wird auch durch andere Verbände geteilt („Aufgrund der Änderung des § 6 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung sind zwar zusätzliche Psych-PV-Stellen in den Budgets realisiert worden, aber in den kommenden beiden Jahren ist zu befürchten, dass es zu einem erneuten Stellenabbau kommen wird. Damit müssten die psychiatrischen Kliniken 2013 ohne angemessene Personalausstattung in das neue Entgeltsystem starten“ (Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser, 23.08.2010).

### **Pilotierung**

Die Erfahrungen aus dem Pretest, unterschiedliche Rückmeldungen sowie der Diskussionsstand Ende 2010 deuten an, dass derzeit ggf. keine ausreichenden Grundlagen gegeben sind, die für eine bundesweit verpflichtende Einführung zum 01.01.2013 erforderlich wären. Um die langfristige Akzeptanz des neu einzuführenden Entgeltsystems bei allen Beteiligten und Akteuren langfristig sicherstellen zu können, sollte eine weitere „Pilotierung“ im Sinne eines zweiten Pretestes nach einer vereinheitlichten Methodik unter Integration der gewonnenen Erfahrungen der Pretest-Kliniken diskutiert werden.

## **Keine Weiterentwicklung des tagesgleichen Entgeltsystems hin zu G-DRG-Fallpauschalen**

Die Diskussionen der Jahre 2009 und 2010 haben mehr als deutlich gezeigt, dass sich der weitaus überwiegende Teil der beteiligten Verbände, Institutionen und Fachgesellschaften eindeutig gegen die Implementierung einer Systematik aussprechen, die die Basis dafür liefern soll, dass in der letzten Ausbaustufe die Einführung G-DRG-Fallpauschalen resultieren.

Auch wenn in den Jahren 2009 und 2010 z. B. mit den zugrundeliegenden Kodierrichtlinien oder dem Kalkulationshandbuch entsprechende systematische Anleihen in der G-DRG-Systematik gemacht wurden (in Ermangelung anderer internationaler Vorbilder), wird eine entsprechende DRG-Fallpauschalensystematik für den Bereich Psychiatrie/Psychosomatik entschieden abgelehnt.

Diese Entscheidung sollte jetzt abschließend gemeinsam getroffen werden. Gerade im Zusammenhang mit den zur Diskussion stehenden finanzsystematisch relevanten Fragen, wie Konvergenzphase, Budgetverhandlung, Preissystematik, Abrechnungsprüfung etc., muss diese Entscheidung abschließend eindeutig und verlässlich im Vorfeld der weiteren Schritte getroffen sein.

## **Dauer und Ausgestaltung einer budgetneutralen Einführung**

Die Dauer der Einführungsphase der budgetneutralen Phase muss so gewählt werden, dass es zu keinerlei Gefährdung der aktuellen Versorgungsstrukturen kommen kann. Voraussetzung dafür ist, dass eine entsprechende verlässliche Kalkulationsdatenbasis gegeben ist. Die entsprechenden Pretests lassen derzeit diesen Schluss nicht eindeutig zu. Daher ist über den Zeitpunkt 01.01.2013 als Ausgangspunkt unter Berücksichtigung der Diskussions-erfahrung 2009/2010 dringend zu diskutieren.

## **Konvergenzphase**

Dieses gilt auch für den Beginn und die weitere Ausgestaltung der zugrundeliegenden Konvergenzphase.

Unter Hinweis auf die besondere Schutzwürdigkeit dieser medizinischen Versorgungsbereiche, die letztendlich auch im Sinne einer „Ausgliederung“ bei der Einführung der G-DRG-Fallpauschalen eine wesentliche Rolle gespielt haben, ist zur Gewährleistung einer nachhaltigen Planungssicherheit nach heutigem Diskussionsstand von einem Festpreissystem auszugehen. Eine mögliche zukünftige Nutzung des neuen Entgeltsystems im Sinne von Rabatt- oder Dumpingverträgen ist nicht zuletzt aufgrund der besonderen Schutzbedürftigkeit der Patienten (zum Teil nicht geschäftsfähig) dringend zu vermeiden.

## **Fehlsteuerung**

Das neue Vergütungssystem darf nicht dazu führen, dass es zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Reduktion von Verweildauern, Selektierung von Patienten, Abgrenzung von bestimmten Patienten oder aber Leistungseinschränkungen sowie einer unzureichenden Refinanzierung von zu erwartenden Kostensteigerungen im Bereich des Personals und der Sachkosten kommt. Ebenso gilt es, die unselige Entwicklung zur massiven Auseinandersetzung um Grenzverweildauern, Wiederaufnahmeregelungen und Fallzusammenführungen zu vermeiden. Eine ungerichtete Verschiebung von Leistungen mit einer Steigerung der „Fall-schwere“ und eine Verlagerung der Behandlungskosten (z.B. durch eine relative Verteuerung der Medikation und Therapie) kann z.B. durch Rehabilitations- und weitere nachgeordnete Einrichtungen nicht kompensiert werden.



## **Beitragssatzstabilität, Demografische Herausforderung**

Die Frage der Beitragssatzstabilität kann nicht losgelöst von der besonderen Aufgabe der Fachdisziplinen im Zusammenhang mit der Herausforderung durch die demografische Entwicklung der Bevölkerung diskutiert werden. Schon jetzt zeigt die vorhandene epidemiologische Datenlage eindeutig, dass mit einem erhöhten Betreuungs- und Versorgungsaufwand für ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger gerechnet werden muss. Dies umfasst z. B. auch die Versorgung von Demenzpatienten, die wiederum nicht zuletzt in gerontopsychiatrischen Einheiten versorgt werden.

So sehr das politische Bemühen um Beitragssatzstabilität anerkannt wird (an dieser Stelle nicht zuletzt der Hinweis auf die durch Deutsche Ärztetage und die Bundesärztekammer eingeleitete Priorisierungsdebatte), so sehr muss darauf hingewiesen werden, dass mit einem vermehrten Versorgungsbedarf aus den benannten Gründen gerechnet werden muss. Dies kann mittelfristig nicht mit den aktuellen Personal- und Finanzkonstellationen geleistet werden.

Die Zahl der Menschen mit Demenz-Erkrankung wird in den kommenden 20 Jahren von aktuell 1,2 Millionen auf 1,8 Million steigen. Schon daher wird heute geschätzt, dass der Beitragssatz um 0,2 bis 0,5 Prozentpunkte steigen wird.

## **Begleitende Regelungen**

1. **Begleitforschung** (s. Seite 6): Einleitung und Umsetzung ist unabdingbar
2. **Prüfverfahren:** Basierend auf den Erfahrungen aus dem G-DRG-Fallpauschalensystem sollte ein Prüfverfahren angestrebt werden, das mit einem sehr überschaubaren Aufwand für die Beteiligten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, der Verwaltungen und der Ärzte der beteiligten Kliniken verbunden ist. Schon jetzt sind Ärztinnen und Ärzte zeitlich so stark – nicht zuletzt durch den Ärztemangel – in die Betreuung der Patienten eingebunden, dass unbedingt eine Überbürokratisierung des Dokumentationsverfahrens, aber auch des Prüfverfahrens mit entsprechenden aufwendigen Prüfgesprächen bis hin zu gerichtlichen Auseinandersetzungen vermieden werden müssen.

## **Datenschutz**

Zu begrüßen ist, dass 17 Kliniken am Pre-Test zur Einführung eines Vergütungssystems gemäß §17 d KHG teilnehmen. Zwingend notwendig ist es, nunmehr zeitnah ein entsprechendes Datenschutzkonzept für die zukünftige Anwendung zu entwickeln.

## **Finanzierung**

Die resultierenden Mehraufwendungen sind zudem bei den zusätzlich zu veranschlagenden Kosten zu berücksichtigen. Die 2008/2009 noch zugrunde gelegten 20.000,- Euro je Klinik bzw. 6,6 Millionen Euro pro Jahr werden in Relation zu den Aufwendungen der Kliniken als unzureichend eingeschätzt.

## **C. Schlussbemerkungen**

Die aktuellen Erfahrungen aus den ersten Schritten der Implementierung eines neuen Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Kliniken müssen zum Anlass genommen werden, die Chancen für eine zukünftig sachgerechte Abbildung von Leistungen sowie einer verbesserten sachgerechten sektorübergreifenden Patientenversorgung zu nutzen.

Die Bundesärztekammer wird in ihren Gremien und Arbeitsgruppen die aktuelle Diskussion zur Thematik fortführen. Vertreter der Selbstverwaltung sowie des Bundesministeriums für

Gesundheit sind eingeladen an dieser Fachdebatte zur weiteren Ausgestaltung teilzunehmen. Darüber hinaus steht die Bundesärztekammer gern zu einem weiteren und vertieften Dialog zur Verfügung.