

Dr. Roland Laufer/Bernadette Rümmelin

# Referentenentwurf für ein Psych-Entgeltgesetz

## Anmerkungen der DKG

**D**er Gesetzgeber beauftragte im Jahr 2009 mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung) mit der Entwicklung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die voll- und teilstationären Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen. § 17 d KHG sieht die Einführung des neuen Entgeltsystems zum 1. Januar 2013 vor. Mit dem nun vorgelegten „Referentenentwurf für ein Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltssystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG)“ wird das Gesetzgebungsverfahren eingeleitet, das die für die weitere Einführung erforderlichen Regelungen festlegen soll, mit dem Ziel, das Verfahren bis zum 1. Juli 2012 abzuschließen.

## Grundlegendes zum Einführungszeitpunkt

Zunächst hält der Gesetzgeber an der Einführung des neuen Entgeltssystems zum 1. Januar 2013 fest. Die DKG hat schon bisher die Zustimmung zu dessen Einführung an die Voraussetzung geknüpft, dass eine ausreichende Finanzierung insbesondere des nach Psych-PV nachgewiesenen Personalbedarfs sichergestellt ist. An die erste Version des neuen Entgeltkatalogs sind zudem inhaltliche und qualitative Mindestanforderungen zu stellen. Auch bei einer budgetneutralen und optionalen Einführung wird der erste Entgeltkatalog richtungsweisend sein und Wirkung entfalten. Auswirkungen auf die Versorgungsrealität sind daher nicht auszuschließen und könnten zu einer Fehlsteuerung von Ressourcen führen. Bis zum jetzigen Zeitpunkt sind die wesentlichen Grundstrukturen des neuen Entgeltkatalogs noch nicht erkennbar. Eine tragfähige Bewertung seiner Eignung als praxistaugliches Vergütungssystem für die Psychiatrie und die Psychosomatik ist daher noch nicht möglich. Der erforderliche Zeitplan für eine zeitgerechte Einführung ist hingegen äußerst knapp bemessen. Der Entgeltkatalog soll bis zum 30. September 2012 durch die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene vereinbart werden. Sowohl für die IT-bereitstellenden Unternehmen als auch für die teilnehmenden Krankenhäuser verbleibt in der Folge sehr wenig Zeit für den Systemumstieg. Die Situation würde sich verschärfen, falls sich die Selbstverwaltungspartner nicht einigen können und eine Ersatzvornahme per Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit erforderlich werden sollte. Sollte der Gesetzgeber trotz dieser Unwäg-

barkeiten an dem ambitionierten Einführungsstermin festhalten, ist es umso wichtiger, die Umstellungsphase mit entsprechend langen Übergangszeiträumen und schützenden Rahmenbedingungen auszugestalten.

## Optionsjahre

Krankenhäuser, die an der Optionsphase teilnehmen möchten, haben ihr Verlangen bis 31. Oktober 2012 bzw. bis 31. Oktober 2013 den Vertragsparteien auf der Ortsebene schriftlich mitzuteilen. Zwischen der Vereinbarung des neuen Katalogs und der Teilnahmeerklärung verbleibt den Krankenhäusern somit lediglich ein Monat, um erste Bewertungen vorzunehmen und mögliche Folgewirkungen einzuschätzen. Bei der Einführung des DRG-Systems wurde eine Verschiebung der Entscheidungsfrist auf den 31. Dezember erforderlich, um den notwendigen Entscheidungsprozessen ausreichend Zeit zu geben. Die Vorgabe eines festen Termins für die Teilnahmeerklärung, losgelöst von der Aufnahme der Budgetverhandlung, erscheint allerdings als grundsätzlich entbehrlich. Der Gesetzgeber bietet den Krankenhäusern Anreize für einen frühzeitigen Umstieg über einen verbesserten Mindererlösausgleich und eine verlängerte Nachverhandlungsmöglichkeit der Psych-PV. Angesichts der in vielen Fällen vorliegenden und über 2012 hinausreichenden Stufenvereinbarungen zur Umsetzung der Psych-PV muss diese Möglichkeit jedoch auch für nichtoptierende Krankenhäuser weiter bestehen. Zudem ist es insbesondere für Krankenhäuser, die noch keine angemessene Personalausstattung nach der Psych-PV erreicht haben, eher unattraktiv, ein neues Entgeltssystem anzuwenden, das sicherlich einen erhöhten personellen Aufwand für die Dokumentation, Abrechnung und Rechnungsprüfung nach sich ziehen wird.

Der für Optionshäuser verbesserte Mindererlösausgleich in Höhe von 75 Prozent soll gemäß der Begründung des Gesetzgebers einen Ausgleich für die in Kauf genommene Planungsunsicherheit bieten. Der Ausgleichssatz fällt allerdings deutlich hinter den damaligen Wert des DRG-Systems in Höhe von 95 Prozent zurück und sollte diesem entsprechend der Zielsetzung, eine ausreichende Schutzwirkung zu erreichen, angepasst werden. Beide Instrumente sind jedoch hinsichtlich der gewünschten Anreizwirkung als wenig geeignet anzusehen. Die zu verzeichnende deutliche Zunahme der psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen in der Bevölkerung lässt eine steigende Leistungsentwicklung in den Kran-

kenhäusern erwarten. Es sollten daher die Risiken für die operierenden Krankenhäuser in diesem Bereich gemindert und wirksame Anreize über eine verbesserte Mehrerlösausgleichsquote von maximal 65 Prozent geschaffen werden.

## Budgetneutrale Phase

Das Vergütungssystem soll in den Jahren 2013 bis 2016 budgetneutral eingeführt werden. Dies bedeutet die Beibehaltung der bisherigen Methodik der krankenhausindividuellen Budgetverhandlungen, die auch weiterhin über die Höhe der zu vereinbarenden Budgets bestimmt. Folgerichtig werden die Bestimmungen zur Tarif- bzw. Berichtigungsrate in die neue Bundespflegesatzverordnung (BpflV) übernommen. Allerdings berücksichtigt diese wie bisher lediglich 50 Prozent des Unterschieds zwischen Tarifanstieg und Veränderungsrate. Da die psychiatrische und psychosomatische Versorgung aufgrund des hohen Personalkostenanteils jedoch in besonderem Maße von den hohen Tariflohnsteigerungen betroffen ist, wird sich die Tarifschere weiter öffnen. Ohne einen vollständigen Ausgleich der Tarifsteigerungen ist eine ausreichende Finanzierung bis zum Einstieg in die Konvergenzphase daher nicht gegeben. Da das Finanzierungsvolumen zu Beginn der Konvergenzphase maßgeblich für die künftige Finanzausstattung und damit die Leistungsfähigkeit der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sein wird, ist dies ein wesentlicher Bestandteil im Sinne der vorgetragenen Zielsetzung des Gesetzgebers, die Versorgungsqualität durch das neue Vergütungssystem dauerhaft zu sichern.

Wesentlich zur Sicherstellung einer tragfähigen künftigen Finanzierung würde die Ablösung der Veränderungsrate durch den Orientierungswert und dessen vollständige Umsetzung beitragen. Der Gesetzgeber lässt die Entscheidung darüber jedoch noch offen. Sowohl im DRG-System als auch im neuen Entgeltsystem der Psychiatrie und Psychosomatik sollte die unsachgemäße Bindung an die Grundlohnrate der Vergangenheit angehören. Der für die Systemeinführung hohe Aufwand der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser und Fachabteilungen sollte sich in diesem Zusammenhang auch in dem Orientierungswert bzw. in einem ggf. zur Anwendung kommenden Veränderungswert wiederfinden.

Damit die budgetneutrale Phase tatsächlich keine budgetverändernde Wirkung entfaltet, darf die Methodik zur Ermittlung des Gesamtbetrags nicht verändert werden. Tatbestände nach § 6 Absatz 1 Satz 2 BpflV (Leistungsverlagerungen, Modellvorhaben, Integrationsverträge), die bei der Ermittlung des medizinisch leistungsgerechten Gesamtbetrags berücksichtigt werden, dürfen daher nicht parallel bei der Ermittlung der Obergrenze über eine Minderung des Ausgangsbetrags zum Abzug gebracht werden.

Gleichwohl kann sich das neue Entgeltsystem auch in der budgetneutralen Phase auf die tatsächlichen Erlösbeträge auswirken. Die Schwierigkeiten bei der prospektiven Planung des Budgets mittels des neuen Entgeltkatalogs oder neue Ansatzpunkte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) bei der Abrechnungsprüfung können zu deutlichen Abwei-

chungen führen, die durch die bestehenden Erlösausgleichsätze nicht vollständig kompensiert werden. Aus diesem Grund sind die bisher im Referentenentwurf vorgesehenen Ausgleichsregelungen von 20 Prozent für Mindererlöse und von 85 Prozent bzw. 90 Prozent für Mehrerlöse als nicht ausreichend einzuschätzen. Die Mehrerlösausgleiche sind dabei schlechter ausgestaltet als im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und mit einer medizinisch leistungsgerechten Vergütung nicht vereinbar. Sowohl bei der Überschreitung als auch bei der Unterschreitung der vereinbarten Leistungsmenge ist daher eine Unterfinanzierungssituation vorhersehbar. Der Mindererlösausgleich sollte mindestens 40 Prozent und der Mehrerlösausgleich höchstens 65 Prozent betragen, damit die insbesondere in der Umstellungsphase noch fehlende Erfahrung mit dem neuen Vergütungssystem nicht zu Lasten der Krankenhäuser wirkt.

Der Gesetzgeber hat entsprechend dem DRG-System neben den mit Relativgewichten bewerteten Entgelten die Möglichkeit für weitere Entgelte, wie Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge, Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) und individuelle Entgelte eröffnet. Um die besondere Bedeutung der regionalen Pflichtversorgung in dem künftigen System ausreichend abbilden zu können, sollte für die Finanzierung der besonderen Aufgaben im Rahmen der Pflichtversorgung die Möglichkeit von Zuschlägen geschaffen werden. Dies gilt entsprechend für die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten.

Wie bereits bei der Einführung des DRG-Systems sieht der Referentenentwurf zum Psych-Entgeltsystem ein Berechnungsverfahren zur Ermittlung von Mehrerlösen aufgrund einer veränderten Kodierung vor. Schon im somatischen Bereich erwies sich dieses als wenig sachgerecht und führte oft dazu, dass die Beweislast den Krankenhäusern auferlegt wurde, indem diese nachweisen mussten, dass den Mehrerlösen keine Kodiervänderungen, sondern tatsächliche Leistungsänderungen zugrunde lagen. Da sich eine entsprechende Unterscheidung allerdings lediglich anhand einer medizinisch-inhaltlichen Prüfung feststellen lässt, sollte diese Fragestellung den Einzelfallprüfungen des MDK vorbehalten sein und nicht durch schematische Rechenregeln erfolgen.

## Konvergenzphase

Mit Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2017 sollen die krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte schrittweise an den Landesbasisentgeltwert angeglichen werden. Eine fünfjährige Anpassungsphase erscheint ausreichend und ist zu begrüßen. Von besonderer Bedeutung sind die Kappungsgrenzen, durch die der maximal mögliche Budgetverlust begrenzt wird. Eine wesentliche Schlechterstellung im Vergleich zu den bisherigen Vorschriften der BpflV stellt hingegen die künftige Berücksichtigung von Leistungsänderungen in der durch den Referentenentwurf vorgesehenen Form dar. Gegenüber der jetzigen Ausgangslage, in der Leistungsänderungen im Grundsatz vollständig geltend gemacht werden können, ist künftig lediglich noch eine anteilige Refinanzierung zu den durch den Ge-

setzgeber vorgegebenen, nach Jahren gestaffelten Prozentsätzen möglich. Diese Übertragung der Gegebenheiten aus dem DRG-Bereich setzt sich in den Regelungen zur Ermittlung des Landesbasisentgeltwertes nach § 10 BpflV (neu) fort.

An dieser Stelle werden die mit vielen Problemen behafteten und stark kritisierten Vorgaben des § 10 KHEntgG in großen Teilen übernommen. Die Vergütung für Leistungssteigerungen wird auf die sogenannten variablen Kostenanteile begrenzt und kommt auf der Landesebene im Landesbasisentgeltwert absenkend zur Wirkung, was zu den als „Hamsterrad“ bzw. „Kollektivhaftung“ bekannten Effekten führt. Hinzu kommt das zusätzlich absenkend wirkende Ausgabenvolumen aus dem Bereich der nicht mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte. Auch diese Vorschrift aus dem DRG-Bereich führt zu einer Minderung der Landesbasisentgeltwerte. Da jedoch eine wesentliche Kompensationsmöglichkeit des somatischen Bereiches in Form von Verweildauerreduzierungen für das tagesbezogene Entgeltsystem der Psychiatrie und Psychosomatik entfällt, würde sich ein möglicher Preisverfall noch schärfer auf die Krankenhäuser auswirken.

In dieser Form entspricht die Umsetzung nicht der ursprünglichen Zielsetzung der Politik, mit einem leistungsorientierten Entgeltsystem eine erhöhte Transparenz zu erreichen, um die Qualität der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu fördern. Es ist daher auch in der Konvergenzphase eine vollständige Refinanzierung von zusätzlichen Leistungen infolge krankenhauplanerischer Maßnahmen oder aufgrund des zunehmenden Behandlungsbedarfs der Bevölkerung erforderlich.

## Förderung sektorenübergreifender Ansätze

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf definiert der Gesetzgeber die gesetzlichen Vorgaben zur Einbindung des neuen Psych-Entgeltsystems nach § 17 d KHG in die Krankenhausfinanzierung und legt fest, nach welcher Systematik die Vergütungen der Leistungen in der Psychiatrie und Psychosomatik in Zukunft erfolgen sollen. An einigen Stellen geht der Gesetzgeber aber bewusst über den in § 17 d KHG definierten Auftrag hinaus und formuliert weitere Vorgaben zur Etablierung und Stärkung sektorenübergreifender Versorgungsmöglichkeiten.

So werden zwei neue Paragraphen zur Umsetzung von Modellvorhaben formuliert, die auf den ersten Blick inhaltlich sehr ähnlich erscheinen. Durch § 16 BpflV sollen die Regelungen des bisherigen § 24 BpflV (alte Fassung) weiterentwickelt und neu gefasst werden. Ziel dieser Modellvorhaben soll dabei die Verminderung stationärer Aufnahmen, die Verkürzung der stationären Aufenthalte oder eine verbesserte Koordination mit weiteren Versorgungsangeboten bei möglichst geringerem Ressourceneinsatz sein. Eine wissenschaftliche Begleitforschung wird gefordert, deren Kosten von den Vertragsparteien zu tragen sind. Die eindeutigste inhaltliche Abgrenzung zum neuen § 64 b SGB V besteht darin, dass für die Modellvorhaben nach BpflV nur alle Krankenkassen gemeinsam entsprechende Verträge mit den Leistungserbringern abschließen können,

während dies für den § 64 b SGB V auch für einzelne Krankenkassen oder Krankenkassenverbände möglich ist.

Bei einem ersten Anhörungstermin des BMG am 5. Dezember 2011 wurde die Intention, die der Gesetzgeber mit dieser Regelung verbindet, näher erläutert. Hier sind im Besonderen sektorenspezifische Modellvorhaben zu subsumieren, die sich auf den voll- und teilstationären Behandlungsprozess im Geltungsbereich der BpflV beziehen und demnach ohne Einbezug der ambulanten Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) ablaufen sollen. Modellvorhaben nach dieser Definition sind in der Praxis bisher allerdings nicht existent. Vielmehr wurden unter der Prämisse des bisher gültigen § 24 BpflV die Vereinbarungen aller laufenden Modellprojekte zur Erprobung eines Regionalbudgets, zum Beispiel in Schleswig-Holstein, abgeschlossen. Alle bekannten Vereinbarungen zu Regionalbudgetmodellen beziehen bei der Ermittlung des Modellbudgets die Behandlungsleistungen der PIA mit ein und decken somit die gesamte Behandlungskette eines Klinikträgers ab. Für die aktuell geltenden Modellvereinbarungen nach § 24 BpflV (a. F.) wird dadurch eine Bestandschutzregelung notwendig.

Welche Anreizwirkung dieser sehr enge Definitionsrahmen des § 16 BpflV zur Umsetzung neuer Modellvorhaben haben wird, bleibt abzuwarten. Die Verpflichtung der Modellkliniken, neben den auf das Modellvorhaben abgestimmten Dokumentationsverfahren auch die Leistungsdokumentation des Regelfinanzierungssystems nach den Vorgaben von § 295 und § 301 SGB V parallel durchzuführen, sowie die Übermittlungspflicht der Daten nach § 21 KHEntgG an das InEK lösen jedenfalls einen hohen Bürokratieaufwand für diese Kliniken aus. Diese gesetzlich vorgegebene Doppelerfassung stellt eine zusätzliche Hürde für die Umsetzung von Modellverfahren im Sinne dieses Paragraphen dar.

Unverständlich erscheinen auch die unterschiedlich langen Laufzeiten der Modellvorhaben nach § 16 BpflV und § 64 b SGB V. Wenn aus den (noch neu einzurichtenden) Modellprojekten belastbare und vergleichbare Erkenntnisse für ein zukunftsfähiges Entgeltsystem gezogen werden sollen, ist es sinnvoll, die Laufzeit der beiden Modellprojektregelungen anzugleichen. Beide sollten für die Dauer von acht Jahren vereinbart werden können. Erste Zwischenergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschungsberichte sollten aber nach fünf Jahren bereits veröffentlicht werden.

Mit § 64 b SGB V wird nun im Geltungsbereich des SGB V eine neue Rechtsgrundlage speziell für sektorenübergreifende Modellvorhaben geschaffen. Zur Weiterentwicklung der Versorgung sollen hier unterschiedliche Konzepte zur Verbesserung einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung und

— Anzeige —

Wirtschaftsprüfung  
Steuer- und Rechtsberatung  
Unternehmensberatung  
[www.bpg-muenster.de](http://www.bpg-muenster.de)



Münster – Berlin – Bremen – Köln – Stuttgart

der Optimierung der Versorgung psychisch kranker Menschen ermöglicht und gefördert werden. Durch die Verankerung im Geltungsbereich des SGB V wird die Intention, die sektorenübergreifende Versorgung weiter zu fördern, betont. Mit einem speziellen Abschnitt für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wird signalisiert, dass es um die Weiterentwicklung der Versorgung gehen soll. Der ausdrückliche Hinweis, dass dabei insbesondere die Psychiatrischen Institutsambulanzen zu berücksichtigen sind, schränkt die Perspektive allerdings zu sehr ein, da hierdurch der Blick für das breite Spektrum anderer ambulanter Behandlungsangebote verloren geht. Vor dem Erfahrungshintergrund, wie schwierig Verträge zur Integrierten Versorgung in der Psychiatrie umgesetzt werden konnten, ist es fraglich, ob Modellvorhaben nach § 64 b SGB V eine große Wirkungsbreite entwickeln werden. Verträge werden wahrscheinlich oft nur mit einzelnen Krankenkassen zustande kommen. Patienten müssen sich einschreiben, was zu niedrigen Fallzahlen führt. Und schließlich haben die Modellkliniken auch hier für die gesetzlichen Vorgaben zur Leistungsdokumentation und Datenübermittlung einen hohen, zusätzlichen Bürokratieaufwand zu betreiben.

Der Gesetzgeber sollte prüfen, ob die Regelungen zu Modellvorhaben nicht praxisrelevanter und effizienter gestaltet werden können.

Durch die Einführung der Möglichkeit, für den Bereich der Psychosomatik nun ebenfalls Institutsambulanzen zu betreiben (§ 118 Absatz 3 SGB V), werden auch im Fachbereich Psychosomatik sektorenübergreifende Behandlungsansätze gefördert. Somit können künftig auch psychosomatische Einrichtungen ihre schwer und chronisch kranken Patienten, die einer niedrigschwelligen und engmaschigen Behandlung bedürfen, in krankenhausnahen Strukturen ambulant behandeln. Die psychosomatische Medizin ist eine eigene, von der Psychiatrie und Psychotherapie abgegrenzte medizinische Fachrichtung. Daher sind die bestehenden Regelungen für die psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 1 und 2 SGB V nicht einfach auf die Belange der Psychosomatik zu übertragen. So müssten psychosomatische Kliniken, die eine Institutsambulanz eröffnen, auch die regionale Pflichtversorgung für die spezifischen Störungsbilder einschließlich der Krisenintervention bei Notfällen übernehmen. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, dass die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene für die Institutsambulanzen an psychosomatischen Fachabteilungen eine eigenständige dreiseitige, von der psychiatrischen Vereinbarung nach § 118 Absatz 2 SGB V unabhängige Rahmenvereinbarung zur Definition der Gruppe der in den psychosomatischen PIAs zu behandelnden Patienten verfassen.

Abschließend ist die Etablierung von Interventionszeitpunkten für Krankheitsbilder mit aufwendigen Versorgungsabläufen, zu denen noch während der Behandlung eine Abstimmung über den weiteren Verhandlungsverlauf zwischen Krankenkassenmitarbeitern und Behandlern in den Krankenhäusern erfolgen soll, als inakzeptabel abzulehnen. Aus medizinisch-therapeutischer Sicht ist diese Neuregelung zu kritisieren, da sich psychiatrische Krankheitsverläufe nicht per

se anhand der Diagnose in aufwendige und weniger aufwendige Verläufe unterscheiden lassen. Jede psychiatrische Diagnose kann im Einzelfall aufwendige Behandlungsverläufe bedingen. Dies hängt in hohem Maße von der Schwere des Krankheitsbildes, vom psychosozialen Umfeld des Patienten und von den Gegebenheiten des regionalen Versorgungsnetzwerkes ab. Darüber hinaus ist diese Vorschrift nicht zielführend, weil nicht nur die früheren Versuche zur Errechnung von DRGs für psychiatrische Diagnosen, sondern auch aktuelle Daten klar zeigen, dass es keine zeitlich typischen Behandlungsverläufe bestimmter psychiatrischer Erkrankungen gibt. Der Fokus dieser Regelung zielt allein auf die Behandlungs- und Kostensteuerung während des stationären Aufenthaltes unter direkter Einflussnahme von Kassenmitarbeitern ohne Beteiligung der Medizinischen Dienste der Krankenkassen ab. Ein solches Vorgehen stellt einen Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit dar und widerspricht darüber hinaus der ärztlichen Schweigepflicht. Die Krankenkassen haben nach geltendem Recht bereits mit der Einschaltung des MDK die Möglichkeit, die Notwendigkeit und die Dauer der Krankenhausbehandlung zu prüfen.

Die Behandlung in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie hat neben der Besserung und Linderung der Symptome immer auch das Ziel, Patienten zu befähigen, nach möglichst kurzem stationären Aufenthalt außerhalb der Klinik weitere teilstationäre/ambulante Behandlung sowie Betreuung in Anspruch zu nehmen und so ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten. Dies betrifft die Eingliederung in das persönliche Umfeld des Patienten sowie in Tagesstrukturen. Die Ausrichtung auf die berufliche und soziale Wiedereingliederung des Patienten ist eine wesentliche Aufgabe im stationären Behandlungsalltag. Die Kliniken betreiben daher eine intensive Abstimmung mit den übrigen Behandlern (Hausarzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, psychologischer Therapeut) sowie den in der Region vorhandenen medizinischen, rehabilitativen und komplementären Einrichtungen und Diensten (Sozialpsychiatrischer Dienst, betreutes Wohnen, Tagesstätten, berufliche Reha etc.). Darüber hinaus engagieren sich Krankenhäuser/Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Netzwerken oder gemeindepsychiatrischen Verbänden, um mit den komplementären Trägern Kooperationen zu vereinbaren, welche die Schnittstellen zwischen der Klinikentlassung und der weiteren Behandlung und Betreuung definieren. Alle diese Maßnahmen und Tätigkeiten werden von den psychiatrischen Kliniken im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung mit dem Ziel einer patientenorientierten Versorgung in der Praxis bereits umgesetzt. Außerdem haben die Krankenhäuser nach § 11 Absatz 4 SGB V im Rahmen eines Versorgungsmanagements per se für eine sachgerechte Anschlussbetreuung der Patienten zu sorgen.

## Fazit

Mit den angemessenen Übergangszeiträumen reagiert der Gesetzgeber auf den derzeitigen Entwicklungsstand der Katalogentwicklung und nimmt zumindest in diesem Punkt auf die

Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung Rücksicht. Sollte der Einführungszeitpunkt beibehalten werden, sind insbesondere schützende Rahmenbedingungen für ein neues, weltweit wohl einmaliges Abrechnungssystem zu schaffen. In Hinblick auf die Konvergenzphase sind zudem die aus dem somatischen Bereich übertragenen Regelungen kritisch auf ihre Eignung zu überprüfen.

Die Intention des Gesetzgebers, den ordnungspolitischen Rahmen zur Einführung eines leistungsgerechten und pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik um Regelungen zur Stärkung sektorenübergreifender Versorgungsmöglichkeiten zu erweitern, ist zu befürworten. Die Ausgestaltung der einzelnen Regelungen sollte sich jedoch mehr an den praxisrelevanten Notwendigkeiten der psychiatrischen Versorgungsnetzwerke und dem Konzept der regionalen Versorgungsverpflichtung orientieren. Die Stellungnahmen der Verbände und Länder zum vorliegenden Referentenentwurf liefern hierzu sicherlich weitere Anregungen.

### Anschrift der Verfasser

Dr. Roland Laufer, Geschäftsführer Dezernat Krankenhausfinanzierung und -planung//Bernadette Rummelin, Referentin im Dezernat Personalwesen und Krankenhausorganisation, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Wegelystraße 3, 10623 Berlin

### Zeitplan für Psychiatrie-Entgeltgesetz

Für das Gesetzgebungsverfahren zum Psychiatrie-Entgeltgesetz (Psych-EntgG) hat sich die Regierungskoalition auf einen ambitionierten Zeitplan verständigt. Damit das Gesetz schon zum 1. Juli 2012 in Kraft treten kann, soll der Regierungsentwurf bereits am 18. Januar 2012 vom Bundeskabinett beschlossen werden.

Der voraussichtliche Zeitplan für das Psych-EntgG stellte sich – Stand Dezember 2011 – wie folgt dar:

- |                  |   |
|------------------|---|
| 18. Januar 2012: | Beschluss des Regierungsentwurfes im Bundeskabinett |
| 2. März 2012:    | 1. Lesung Bundesrat                                 |
| 22. März 2012:   | 1. Lesung Bundestag                                 |
| 1. Juli 2012:    | Inkrafttreten                                       |

# Alles im Griff?

Die Einbanddecke 2011 schafft Ordnung

#### Erst der gebundene Jahrgang der Zeitschrift bietet:

- die sichere Aufbewahrung, denn kein Einzelheft geht verloren
- durch das Jahresinhaltsverzeichnis die gezielte Nutzung einzelner Hefte und Beiträge.

Sie erhalten die Einbanddecke 2011 dieser Zeitschrift für € 26,90/sFr 36,90 (zzgl. Portokosten). Eine Postkarte mit dem Titel der Zeitschrift und Absenderangabe genügt oder:

#### Bestell-Telefon:

07 11 / 78 63-72 80

#### Bestell-Fax:

07 11 / 78 63-84 30

#### Bestell-E-Mail:

vertrieb@kohlhammer.de

#### Achtung:

Bestellungen der Einbanddecke 2011 müssen dem Verlag bis zum **20. Januar 2012 vorliegen**.

Später eingehende Bestellungen können leider nicht berücksichtigt werden. Als Abonnent der Einbanddecke erhalten Sie diese automatisch mit eingepprägter Jahreszahl.