

## Psychisch Kranke weiterhin ausgegrenzt

**Dr. Wulf-Dietrich Leber, Abteilungsleiter Krankenhäuser  
GKV-Spitzenverband**

Die Ausgrenzung psychisch Kranker hat in Deutschland – und nicht nur hier – eine lange Tradition. Während für „normale“ Kranke imposante architektonische Monumente im Zentrum der Metropolen entstanden sind (die Charité überragt selbst das Kanzleramt), werden psychisch Kranke vorzugsweise in entlegenen Anstalten fern der zivilisatorischen Zentren untergebracht – so als gebe es eine extrem hohe Ansteckungsgefahr. Sektorübergreifende Konzepte (z. B. gemeindenahe Psychiatrie) verbieten sich an diesen Standorten schon aus Mangel an menschlicher Besiedlung. Für diese Einrichtungen gibt es zudem ein tagesbezogenes Vergütungssystem mit starkem Anreiz zur Hospitalisierung. An alledem ändert das Psych-Entgeltgesetz (Psych-EntgG), das jetzt von der Bundesregierung als ordnungspolitischer Rahmen für die Psych-Vergütungsreform (§ 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz) vorgelegt wurde, nichts. Es schreibt vielmehr die Ausgrenzung psychisch Kranker fort und schafft für mindestens ein weiteres Jahrzehnt einen gesonderten Rechtskreis für psychisch Kranke.

Ein integratives Vorgehen wäre fortschrittlicher und auch gesetzestechnisch eleganter gewesen. Man hätte das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) um einige zu stark fallbezogene Formulierungen bereinigt, des Weiteren einige Sonderregelungen für die Psychiatrie geschaffen und ansonsten in wenigen Paragraphen den Vereinigungsprozess regeln



können. Die Vorgaben für die schriffführende BMG-Abteilung waren offensichtlich andere: eigener Rechtskreis, aber formal starke Annäherung an den DRG-Bereich. Herausgekommen ist dabei das größte Plagiat seit Gutenberg: das PsychEntgG als Kopie des KHEntgG. Diese Nähe zur leistungsorientierten Vergütung ist nicht verwerflich. Schließlich erleichtert sie die Zusammenführung zu jenem Zeitpunkt, an dem die Psych-Szene nicht mehr stolz auf ihre Ausgrenzung ist.

Das Auffälligste am PsychEntgG sind die langen Fristen. Offensichtlich erwartet der Gesetzgeber von der Vergütungsreform nichts Zukunftsweisendes. Vier budgetneutrale Jahre, dann fünf Jahre Konvergenz, obwohl wegen des Tagesbezugs und der normierenden Wirkung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) nicht allzu viel Konvergenzbedarf bestehen dürfte. Fatal sind die beiden Optionsjahre. Aus der Geschichte der DRG-Einführung weiß man, dass der Umstieg erst nach Genehmigung eines Pflegegesetzes, also unterjährig oft über ein Jahr nach dem angeblichen Systemstart erfolgt. De facto wird es also von heute an gerechnet auch in vier Jahren noch Häuser geben, die nach altem System abrechnen (Kleiner Hinweis: Für Krankenkassen gibt es kein Optionsjahr!). Das Problem ist der damit verbundene verspätete Start des „lernenden Systems“. Nur wenn alle mitmachen und damit alle Probleme auf den Tisch kommen, kann ein umfassender Lernprozess in Gang gesetzt werden.

Problematisch ist auch, dass einige Fehler des DRG-Einführungsprozesses wiederholt werden: Es wird wahrscheinlich wieder eine Divergenzproblematik geben (Landesbasisentgeltwert weicht vom Durchschnitt der Hauswerte ab), und kodierbedingte Erlössteigerungen werden nur unzureichend ausgeglichen. Außerdem gibt es Rückfälle in die finsternen Zeiten der Selbstkostendeckung – dürftig getarnt als QS-Maßnahme: Gemäß einem neuen Absatz 1 d im § 137 SGB V soll der Gemeinsame Bundesausschuss Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit therapeutischen Personal beschließen. Da hätte man doch gleich die alte Psych-PV wieder revitalisieren und auf die Vergütungsreform ganz verzichten können.

Kommen wir – nach längerem Suchen – zu den positiven Aspekten. Der InEK-Prozess bekommt eine zukunftsstabile Basis. Nimmt man den klaren Auftrag des Versorgungsgesetzes zur Dokumentation in den psychiatrischen Institutsambulanzen hinzu, dann kann auf der Grundlage einer breiten Leistungserfassung ein transparentes und leistungsgerechtes Vergütungssystem entwickelt werden. Es

bleibt zu hoffen, dass die psychiatrischen Fachkreise künftig vermehrt Vorschläge einreichen, um die Klassifikationssysteme medizinisch gehaltvoller zu machen, und somit gute Behandlung erkennbarer wird, als das im gegenwärtigen Psych-Prozedurensystem der Fall ist.

Zweiter positiver Punkt ist die Einbettung von Modellversuchen in den Entwicklungsprozess. Das ist eine Innovation gegenüber dem DRG-Prozess. Ein neu geschaffener § 64 b SGB V ermöglicht Modellvorhaben zur psychiatrischen Versorgung – sowohl kassenspezifisch als auch kassenübergreifend (inklusive PKV). Zur Förderung sektorübergreifender Versorgung werden explizit auch Modelle mit Vertragsärzten ermöglicht. Damit die Erfahrungen für die Systementwicklung nutzbar werden, bleiben die Verpflichtungen zur Datenlieferung an das InEK und die Kassen. Offensichtlich wird hier die Lehre aus der Ära der integrierten Versorgung gezogen, wo der Wissenszuwachs für die Versorgungsforschung aus rund 5.000 dezentralen Projekten gleich Null war.

Fazit: Der Entwurf ist weitgehend ambitionslos. Die großen Probleme der psychiatrischen Krankenhausstruktur und die problematischen Anreize tagesbezogener Vergütung geht der Regierungsentwurf – sieht man vom vagen § 17 d-Prüfauftrag ab – nicht an. Gesetzestechnisch bleibt die Psychiatrie ausgegrenzt. Positiv zu vermerken sind der stabile Rahmen für die Systementwicklung im InEK inklusive sektorübergreifender Modellversuche. Immerhin.

■ HIGH LIGHTS