



**Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft**

**Berlin, 17. November 2008**

**Stellungnahme  
der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di  
zum  
Entwurf für ein  
Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen  
der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 -  
(Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG)  
Drucksache 16/10807**

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di  
Bundesvorstand – Ressort 9 – Bereich Gesundheitspolitik  
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

## Allgemeiner Teil

### Ausgangslage

Die heutige Finanzierung der Krankenhäuser hat zu einem erheblichen Personalabbau von 100.000 Stellen in den letzten zehn Jahren geführt, 50.000 davon allein in der Pflege bei rund 1 Million mehr Patient/innen.

Das Budget der Kliniken ist auf Basis der jährlich festgelegten Veränderungsrate gem. § 71 SGB V gedeckelt. Dies ist für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern (§ 1 KHG) nicht sachgerecht.

Die seit 16 Jahren bestehende Anbindung an die Grundlohnsumme hat zu einem massiven Personalabbau und erheblichen Einschnitten bei der Versorgungsqualität beigetragen<sup>1</sup>. Eine Beitragsstabilität konnte dadurch nicht erreicht werden. Vielmehr sind zahlreiche Verwerfungen entstanden. Das Finanzierungssystem der Krankenhäuser ist weitgehend intransparent, obwohl mit der Einführung der Vergütung mit diagnoseorientierten Fallpauschalen, den DRGs, gerade das Gegenteil erreicht werden sollte. Entgegen dem Auftrag des Gesetzgebers haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft keine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems durchgeführt. Verlässliche Daten zur Veränderung der Versorgungsstrukturen, der Qualität der Versorgung, Auswirkung auf die anderen Versorgungsbereiche und Umfang von Leistungsverlagerungen liegen somit bis heute nicht vor. Bereits 2005 hätten erste Ergebnisse hierzu veröffentlicht werden müssen.<sup>2</sup> Somit sind der gesetzliche Veränderungsbedarf und insbesondere die erforderliche finanzielle Ausstattung der Krankenhäuser nicht mit der gebotenen Genauigkeit zu erheben. Dies führt auch dazu, dass Betriebsmittel der Krankenkassen nicht zielgerichtet für eine bedarfsnotwendige Versorgung und Qualität eingesetzt werden.

Bis zur Vorlage der vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Untersuchung muss allerdings gelten:

- Die Krankenhäuser brauchen eine verlässliche, nachhaltige Finanzierung ihrer Betriebskosten. Daher muss die Finanzierung den Leistungen der Krankenhäuser folgen, die sie im Rahmen des Krankenhausplans erfüllen.
- Gute Qualität soll ermöglicht und gefördert werden.
- Fördermittel der Länder für Krankenhausinvestitionen müssen wieder auf das gesetzlich gebotene Maß angehoben werden.

---

<sup>1</sup> Prof. Dr. Michael Simon, Hannover: 16 Jahre Deckelung der Krankenhausbudgets: Eine kritische Bestandsaufnahme - Expertise für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, Juni 2008

<sup>2</sup> vgl. § 17b, Abs. 8 KHG

## Zum Inhalt des Gesetzentwurfs

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft hält die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und ausreichenden stationären Versorgung der Menschen in den Regionen für unabdingbar. Angesichts der Arbeitsbedingungen und der erforderlichen Tarifentwicklung, kann die Deckelung der Krankenhausfinanzierung so nicht bestehen bleiben kann. Ursprünglich war die Kostendeckelung 1993 vom damaligen Gesundheitsminister Seehofer für maximal drei Jahre geplant.<sup>3</sup> Ebenso bestand bei Einführung des DRG-Systems Einigkeit, dass nach Ende der Konvergenzphase auf die Vorgabe einer gesetzlichen Veränderungsrate zugunsten von Verhandlungen zwischen den Vertragsparteien verzichtet wird. Beide Zusagen wurden nicht eingehalten.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di begrüßt daher ausdrücklich die Vorlage des Entwurfs für ein Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, das die in der Einführungsphase des DRG-Vergütungssystems gewonnenen Erfahrungen reflektiert und Vorgaben und Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 machen will.

Dieser Gesetzentwurf geht deutlich über die ursprüngliche Absicht hinaus, lediglich eine technische Anpassung der Krankenhausgesetzgebung für die Zeit nach der Konvergenzphase diagnoseorientierter Fallpauschalen ab dem Jahr 2009 vorzunehmen.

Es bleibt bei dem bereits beschlossenen planmäßiger Wegfall des Abschlags von 0,5 Prozent vom Rechnungsbetrag bei GKV-Patient/innen ab dem 1. Januar 2009.

Darüber hinaus sind insbesondere folgende Themen aufgegriffen worden:

- Finanzierung der Tariflohnerhöhungen 2008 und 2009,
- Verbesserung der Situation des Pflegepersonals durch ein Sonderprogramm zur Schaffung zusätzlicher Stellen,
- Ablösung der strikten Grundlohnbindung der Krankenhauspreise gemäß § 71 SGB V ab 2011 durch einen vom Statistischen Bundesamt bis Ende 2009 zu ermittelnden Orientierungswert für Krankenhäuser (Krankenhaus-Warenkorb), der die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser als die Veränderungsrate berücksichtigt,
- kurzfristige Verbesserung der Finanzierung der Personalstellen aus der Personalverordnung für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser,
- Überprüfung und Anpassung der Zusatzkosten für die ärztliche Weiterbildung und
- Finanzierung der Praxisanleitung für die Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeausbildung sowie der Ausbildungsvergütung für Hebammen und Entbindungspfleger.

Die Aufnahme dieser Themen in den Gesetzentwurf zeigt, dass sich die Politik bewegt hat. Die Sorgen der Beschäftigten in den Kliniken, der Patient/innen, deren Angehörigen und der Bürger/innen um die Qualität der Krankenhausversorgung, um die unzureichende Personalausstattung und die oft unzumutbaren Arbeitsbedingungen haben wesentlich zu diesem Schritt beigetragen.

---

<sup>3</sup> „...daß wir zeitlich befristet - nicht wie oft behauptet wird, unbefristet - im Gesetz dafür sorgen, daß sich die Pflegesätze im Krankenhaus ... 1993, 1994 und 1995 nicht stärker als die Löhne und Gehälter der Beschäftigten nach oben entwickeln können.“ Horst Seehofer, 1. Lesung des GSG, 11.9.1992, BT-PIPr. 12/105: 8991.

Allerdings geht der Entwurf nicht weit genug.

- So sollen zwar innerhalb der nächsten drei Jahre 21.000 Neueinstellungen von ausgebildetem Pflegepersonal erfolgen. Von den Krankenkassen werden aber nur 70 Prozent bezahlt. Die fehlenden Mittel muss das Krankenhaus zur Verfügung stellen. Woher die kommen sollen, ist ungeklärt.
- Die Tariflohnsteigerungen für 2008/2009 sollen, soweit sie die Veränderungsrate übersteigen, im Jahr 2009 zu 50 Prozent in die Landesbasisfallwerte eingerechnet werden. Damit erhält jedes Haus die Erhöhung, unabhängig davon, ob eine tarifliche Bezahlung der Beschäftigten erfolgt. Für tarifgebundene Häuser ist unklar, woher die fehlenden Mittel kommen sollen.
- Die unzureichende Ausstattung der Krankenhäuser mit Fördermitteln der Länder bleibt noch mindestens bis 2012 bestehen. Deshalb können viele Krankenhäuser nur noch die notdürftigsten Investitionen vornehmen. Schon heute finanzieren sie fast 1 Mrd. Euro jährlich aus Betriebsmitteln, weil die Länder ihrer Verpflichtung nicht nachkommen.

Damit wird der Gesetzentwurf den selbst gesteckten Anforderungen nach richtungsweisenden Neuregelungen noch nicht gerecht.

Ausdrücklich begrüßt ver.di, dass die ursprünglich in den Eckpunkten vom Juni 2008 vorgesehenen Maßnahmen, nämlich der Übergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung und der Einstieg in Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, nicht weiter verfolgt werden.

## **Im Einzelnen nehmen wir wie folgt Stellung:**

### ***Zum Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung***

Artikel 1 Nr. 1

Für Krankenhausinvestitionen der Länder sollen ab dem Jahr 2012 – für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ab dem Jahr 2014 - leistungsorientierte Investitionspauschalen ermöglicht werden. Hierzu sollen bis zum 31. Dezember 2009 Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene entwickelt werden.

Eine ursprünglich geplante weitergehende Festlegung der Kriterien bereits in diesem Gesetz ist am Widerstand der Länder gescheitert. Somit wird lediglich ein Entwicklungsauftrag für Investitionspauschalen gegeben.

Die Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken, die im Wege der Föderalismusreform ebenfalls den Ländern zugewiesen wurde, ist zu berücksichtigen. Die näheren Einzelheiten des weiteren Verfahrens sollen Bund und Länder festlegen. Betont wird, dass das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, unberührt bleibt.

ver.di begrüßt, dass es bei der dualen Finanzierung der Krankenhäuser bleibt. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Krankenhausversorgung der Bevölkerung eine öffentliche Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge ist.

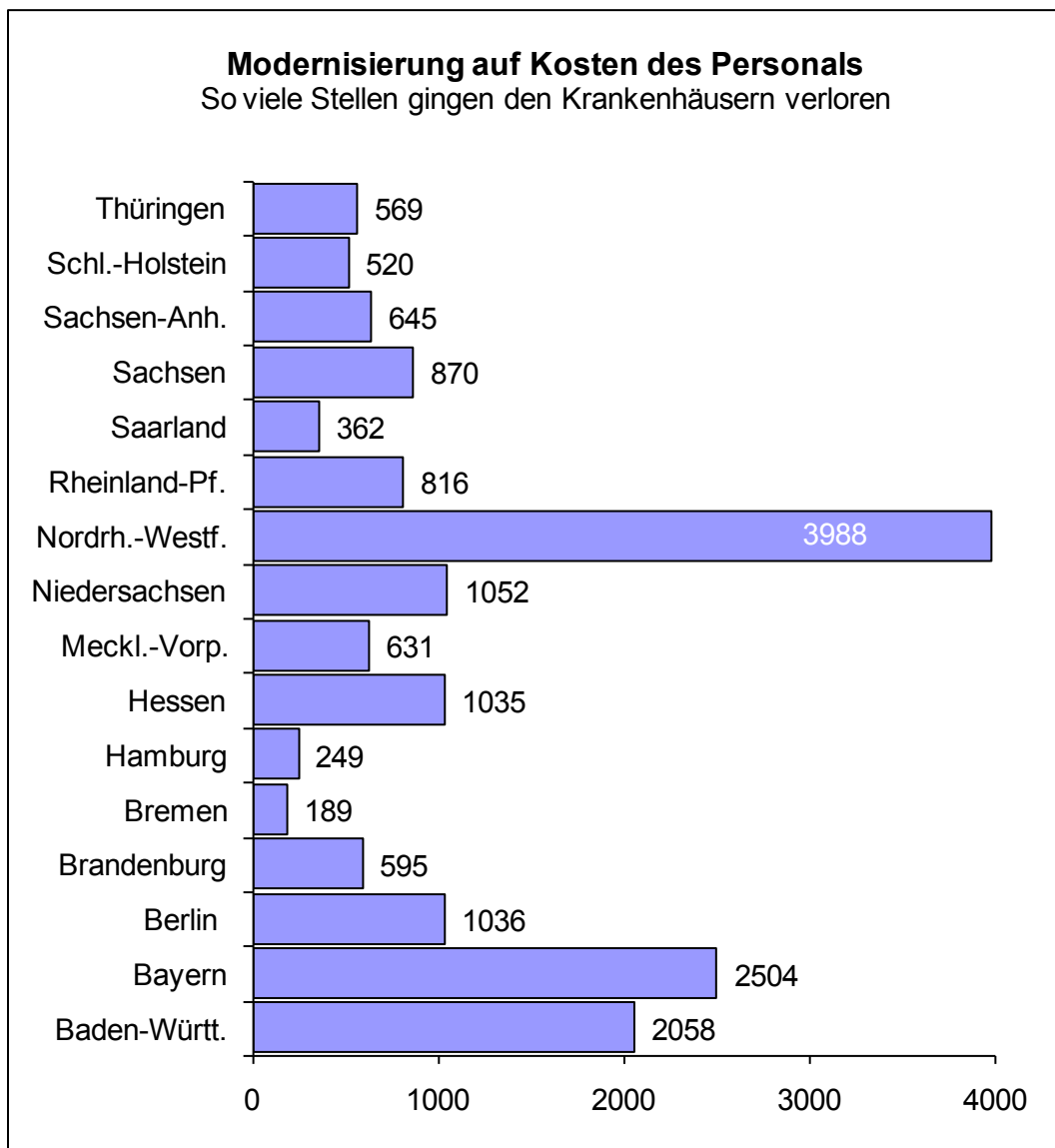
Zu kritisieren ist allerdings, dass alle weiteren Fragen zunächst ungeklärt bleiben und ins nächste Jahrzehnt verschoben werden. Es dürfte damit zu einem weiteren Auseinanderdriften und tendenziellem Abbau der Krankenhausfinanzierung in den Bundesländern kommen. Auch die unterschiedliche Förderquote der Bundesländer wird nicht weiter thematisiert. Damit wird eine ausreichende Förderung nicht sicher gestellt.

ver.di hält es angesichts eines Investitionsstaus, der auf mehr als 50 Mrd. Euro beziffert wird, für sehr dringlich, dass Fördermittel in ausreichender Höhe zur Verfügung gestellt werden. Seit Jahren liegt die tatsächliche Investitionsförderung durch die Länder aber nur etwa bei rund fünf Prozent, mit weiter sinkender Tendenz. Alle Experten halten eine Investitionsquote von mindestens 10 Prozent der Betriebsmittel für erforderlich.

Weil die Länder ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionskosten aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht mehr nachkommen, werden immer mehr Mittel, die eigentlich für die Krankenversorgung bestimmt sind, für dringend erforderliche Investitionen verwendet. Dieses Geld fehlt den Häusern zusätzlich und schnürt das enge Budget noch mehr ein – zu Lasten der Kranken und des Personals.

Von 1991 bis 2007 sind die Fördermittel der Länder für Erhalt und Modernisierung der Krankenhäuser um 28,1 Prozent gekürzt worden – ohne Berücksichtigung der Teuerungsrate. Um die dringendsten Investitionen durchzuführen schossen daher im Jahr

2004<sup>4</sup> die Krankenhäuser aus ihren Betriebsmitteln knapp 850 Mio. Euro zu. Das ist ein Anteil von 20,4 Prozent der gesamten Krankenhausinvestitionen aber auch der Gegenwert für 17.119 Stellen z.B. beim Pflegepersonal. Dieser Anteil dürfte zwischenzeitlich aufgrund des weiteren Rückzugs der Bundesländer bei der Investitionsförderung auf rund 1 Mrd. Euro angewachsen sein. Es ist grob fahrlässig, dieses Thema aus dem aktuellen Gesetzgebungsverfahren auszuklammern und entgegen geltendem Recht der Versichertengemeinschaft Lasten aufzubürden, die aus Steuermitteln der Bundesländer aufzubringen sind.



Um die dringendsten Investitionen durchzuführen schossen 2004 die Krankenhäuser aus ihren Betriebsmitteln knapp 850 Mio. Euro zu. Das sind 20,4 % der gesamten Krankenhausinvestitionen oder der Gegenwert für 17.119 Stellen z.B. beim Pflegepersonal. Quelle: eigene Berechnung auf der Grundlage von Daten der AOLG und Krankenhausbarometer 2005

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft hält es für dringend erforderlich, dass sich Bund und Länder auf eine angemessene Fördermittelhöhe und den Abbau des bestehenden Investitionsstaus verständigen. Dies sollte der zentrale Auftrag der einzurichtenden Bund – Länder – Arbeitsgruppe sein.

<sup>4</sup> Jahr der letzten Erhebung

Bis zur Vorlage der Ergebnisse unterstützt die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft den Vorschlag der Experten, dass eine Investitionsquote von mindestens 10 Prozent der jährlichen Betriebsausgaben der Krankenhäuser im jeweiligen Bundesland durch dieses Gesetz vorgegeben wird.

Des Weiteren ist als Übergangslösung sicher zu stellen, dass Krankenhäusern mit großem Investitionsstau von den Ländern solange Zuschüsse zu den Betriebskosten erhalten, solange das Krankenhaus seine Betriebsabläufe mangels Investitionen nicht optimieren kann. Bis 1992 wurde bei den Krankenhäusern ein solcher unvermeidlicher Personalmehraufwand berücksichtigt und aus den Mitteln der Krankenkassen bezahlt. Nach der Budgetierung ab 1993 konnten diese Kosten nur eingeschränkt, mit Einführung der DRGs nicht mehr geltend gemacht werden. Da die Bundesländer durch unzureichende Investitionsförderung diesen Mehraufwand verursachen, müssen die Kosten von den Ländern, nicht von den Versicherten der Krankenkassen getragen werden.

### **Zur Finanzierung von Ausbildungskosten**

Artikel 1 Nr. 3 und 4

Die Klarstellung, dass zu den Ausbildungskosten auch die Kosten der Praxisanleitung zählen, wird von ver.di ausdrücklich begrüßt.

Die beabsichtigte Erweiterung in den Absätzen 3, 4, 4a und 4b des § 17a KHG, wonach die Wörter „Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung“ durch das Wort „Ausbildungskosten“ ersetzt werden, ist folgerichtig. Sie reicht aber für eine Sicherstellung der Ausbildung und der derzeitigen Ausbildungsqualität nicht aus.

Aufgrund der Erfahrungen mit den bislang geltenden Vorschriften des § 17a KHG, wird auf folgenden **Veränderungsbedarf** hingewiesen:

Die weiterhin im Gesetz vorgesehene Ermittlung der durchschnittlichen Ausbildungskosten wird den großen Variationsbreiten innerhalb der einzelnen Berufe nicht gerecht. Vielmehr sind die tatsächlichen Kosten zu Grunde zu legen, die sich an festzulegenden Ausstattungs- und Qualitätsstandards orientieren. Die Festlegung von Ausstattungs- und Qualitätsstandards durch die zuständigen Bundesländer erfolgte bislang allerdings nur teilweise und unzureichend.

Solange es keine einheitlichen Ausstattungs- und Qualitätsstandards für Ausbildungsstätten und die Organisation der Ausbildung gibt, führen Durchschnittswerte zur Absenkung des Niveaus. Das gilt auch für die weiterhin vorgesehenen Richtwerte, die sich an den durchschnittlichen Ausbildungskosten orientieren, auch wenn sie nach regionalen Gesichtspunkten differenziert werden können. Die hierfür zuständigen Länder haben bisher weitgehend auf Vorgaben verzichtet und überlassen dies den Krankenhausträgern, was zu sehr unterschiedlichen Größen und Strukturen und einer großen Variationsbreite in Ausstattung und Organisation der Ausbildung führt. Die Vereinbarung der Ausbildungsbudgets hat auch in der jüngeren Vergangenheit einen erheblichen Ausbildungsplatzabbau, ungeachtet des gesellschaftlichen Bedarfs an qualifizierten Pflegekräften, nicht verhindern können.

An der Orientierung an allenfalls landesweiten Richtwerten sollte auch über das Jahr 2010 hinaus festgehalten werden. Pauschalbeträge werden der immer noch sehr differenzierten Ausbildungslandschaft nicht gerecht.

Da die Länder gehalten sind, die Ausstattungsmerkmale der Ausbildungsstätten und Qualitätsstandards für die Organisation der Ausbildungen festzulegen, sind auf Dauer landesweite Richtlinien, die sich regional ausdifferenzieren lassen, wesentlich sinnvoller als bundeseinheitliche Durchschnittswerte, die den unterschiedlichen Bedingungen nicht gerecht werden können. Somit bleiben die Länder stärker in der Pflicht Ausbildungsstandards festzulegen, die in den Bundesgesetzen nicht geregelt worden sind. Landesweite Richtwerte sind nur in Verbindung mit rechtsverbindlichen Ausstattungs- und Qualitätsstandards sinnvoll. Dies wiederum kann nicht den Vertragsparteien überlassen werden, die beide vorrangig an niedrigen Kosten interessiert sind und nicht das gesamtgesellschaftliche Interesse im Blick haben, eine ausreichende Zahl gut qualifizierter Fachkräfte in den Gesundheitsberufen für die gesundheitliche Versorgung zur Verfügung zu stellen.

Noch immer sind nicht in allen Bundesländern die nach Abs. 5 vorgesehenen Ausgleichsfonds gebildet worden. Sie sollten daher verbindlich vorgeschrieben werden. Die Verordnungsermächtigung der Landesregierungen, die gem. Abs. 9 ersatzweise möglich ist, hat sich nach den vorliegenden Erfahrungen nicht als zielführend erwiesen.

Die zum Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung vorgeschriebene Aufstellung, die vom Jahresabschlussprüfer zu attestieren ist, reicht nicht aus. Hier sind differenzierte Nachweise der Mittelverwendung erforderlich.

Darüber hinaus sehen wir noch folgenden Regelungsbedarf bei der Ausbildungsfinanzierung:

Die Finanzierung der Vergütungen für **Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten** während der durch das PsychThG vorgeschriebenen „praktischen Tätigkeit“ vor der Approbation ist weiterhin unregelt. Noch immer müssen ausgebildete Diplom-Psychologen, Diplompädagogen und Diplom-Sozialpädagogen 1.800 Stunden, das entspricht etwa einem bis eineinhalb Jahren, unentgeltlich die inhaltlich nicht näher geregelte „Praktische Tätigkeit“ absolvieren. Eine zu vereinbarende tarifliche Vergütungsregelung bedarf der Refinanzierung nach den Vorschriften des KHG.

Die Kosten der Beschäftigung von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten während ihrer Praktischen Tätigkeit nach § 5 Abs. 1 Satz 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) in Verbindung mit § 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) und der entsprechenden Regelung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten (§ 2 KJPsychTh-APrV) sind in den Ausbildungsbudgets der ausbildenden psychiatrischen Einrichtungen und Einrichtungen der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung und den Ausgleichsfonds zu berücksichtigen.

Der in § 17b vorgesehene Prüfauftrag hinsichtlich der Kosten der ärztlichen Weiterbildung ist sinnvoll, greift aber zu kurz. Einzubeziehen sind insbesondere die **Weiterbildungskosten** im Pflegebereich und die Kosten der mit den Krankenhäusern verbundenen Weiterbildungsstätten.



## **Zur Neueinstellung von Pflegepersonal**

### Artikel 2 Nr. 4 Absatz 10

Mit der Vorschrift werden zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Neueinstellung von ausgebildetem Pflegepersonal in den Krankenhäusern anteilig gefördert wird. Danach kann ein Krankenhaus in den Jahren 2009 bis 2011 einen zusätzlichen Budgetanteil von 0,48 Prozent erhalten, wenn entsprechende Neueinstellungen vorgenommen werden. Gefördert werden 70 Prozent der Personalkosten. Das Krankenhaus hat den nicht geförderten Anteil der Kosten zu tragen. Nicht ausgeschöpfte Förderbeträge können im Folgejahr in Anspruch genommen werden. Um zu verhindern, dass nicht zunächst Pflegepersonal entlassen und später die Neueinstellung anteilig finanziert wird, ist durch eine gemeinsame Erklärung mit der Arbeitnehmervertretung die Schaffung neuer Pflegepersonalstellen zu belegen. Bis zu fünf Prozent der zusätzlichen Mittel kann das Krankenhaus auch für die Neuorganisation der internen Arbeitsprozesse in der Pflege verwenden. Die Maßnahmen sollen insgesamt dazu beitragen, die Arbeitssituation im Pflegebereich zu verbessern.

Die Finanzierung dieser zusätzlichen Stellen erfolgt über einen Zuschlag zu den Entgelten für die voll- und teilstationäre Versorgung. Soweit das Krankenhaus die ihm zur Verfügung gestellten Mittel nicht im Sinne der gesetzlichen Vorgabe einsetzt, sind diese Mittel zurückzuzahlen. Zur Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung im Vergleich zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 vorzulegen.

Zudem wird der Spitzenverband Bund damit beauftragt, jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit über die Inanspruchnahme der Mittel sowie die neu geschaffenen Pflegestellen in den Krankenhäusern zu berichten

Nach Auslaufen dieser krankenhausespezifischen Förderung nach Absatz 10 sollen die Mittel weiterhin dem Krankenhausbereich zur Verfügung stehen. Sie werden ab dem Jahr 2012 bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts auf der Landesebene erhöhend berücksichtigt. Sie sollen zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen.

In der Darstellung des Gesetzentwurfs wird von der Schaffung von 21.000 zusätzlichen Stellen im Pflegebereich innerhalb von drei Jahren gesprochen. Im Gesetzentwurf selbst taucht jedoch diese Zahl nicht auf. Insofern kann zwar davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber den Bedarf für die Neueinstellung von Pflegepersonal erkennt, die Wirkung der Maßnahme ist allerdings nicht abschätzbar. Die Zahl von 21.000 Stellen würde nur dann erreicht, wenn annähernd alle Krankenhausträger die gesetzlichen Möglichkeiten ausnutzen würden.

Krankenhäuser, die die zusätzlichen Mittel von 30 Prozent der Personalkosten nicht aufbringen können, haben im Rahmen der vorgesehenen Gesetzesregelung keine Möglichkeit diese zusätzlichen Mittel zu erhalten. Nur wenn eine vollständige Förderung dieser zusätzlichen Stellen im Pflegedienst auf Dauer vorgesehen wird, kann die Maßnahme wirksam werden. ver.di sieht daher den dringenden Bedarf, bei der Finanzierung dieser Stellen deutlich nachzubessern. Insgesamt stellt die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft fest:

1. Das Verfahren zum Nachweis des Bedarfs, das eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung, sowie Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorsieht, erscheinen praktikabel und werden unterstützt. Es wird auch klar gestellt, dass sich die Neueinstellungen auf den Bestand der entsprechenden Vollkräfte am 30. Juni 2008 beziehen.

Die Begrenzung auf 5% für die Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen ist zweckmäßig. Allerdings sollten qualitative Kriterien mit dem Ziel erarbeitet werden, die Versorgungsqualität zu erhöhen. Dazu gehören neue Modelle wie Entlassungsmanagement, Wundmanagement oder integrierte Versorgung z.B. im Rahmen von DMP Programmen.

2. Die Übernahme von 30 Prozent der Kosten für die neu geschaffenen Stellen erscheint in der Praxis unrealistisch. Es ist damit zu rechnen, dass ein Großteil der Krankenhäuser, darunter jene mit dem größten Bedarf an zusätzlichen Stellen, diese Mittel nicht aufbringen können. Damit würde die Wirkung des Förderprogramms sehr deutlich eingeschränkt. Die größten Probleme dürften im Jahr 2009 auftreten, da erst im Laufe des kommenden Jahres durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz mit einer mehr oder weniger großen finanziellen Entlastung gerechnet werden kann.

3. Unter der Prämisse, dass die Gesetzesregelung

- rasch zu Entlastung in den Krankenhäusern führen,
- einfach und praktikabel sein,
- sich weitgehend in dem vorgegebenen finanziellen Rahmen bewegen,
- auch Krankenhäusern, die derzeit keine eigenen Mittel aufbringen können, die Teilnahme am Förderprogramm ermöglichen soll,

wird folgender Vorschlag unterbreitet:

- a. Mit dem Programm soll die Neueinstellung von mindestens dreijährig ausgebildetem und sozialversicherungspflichtig beschäftigtem Pflegepersonal gefördert werden.
- b. Die entstehenden Personalkosten werden im Jahr 2009 zu 100 Prozent, im Jahr 2010 zu 90 Prozent und im Jahr 2011 zu 70 Prozent finanziert. Der Förderbetrag von 0,48 Prozent des Gesamtbetrags bleibt als Obergrenze bestehen. Damit könnten zwar rein rechnerisch weniger Stellen insgesamt geschaffen werden. Es ist jedoch von einer weit höheren Inanspruchnahme des Förderprogramms auszugehen. Zudem wird 2009 rasch eine Entlastungswirkung erzielt.
- c. Die Begrenzung auf 5 Prozent der Fördermittel zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege ist sachgerecht, soll aber konkreter beschrieben werden (s.o.)
- d. Nicht verbrauchte Mittel sollten für Maßnahmen der Weiterbildung, z.B. für Fachpflegepersonal und neu zu entwickelnde Qualifikationen verwendet werden können.

Allerdings kann die vorgeschlagene Regelung ein qualifiziertes Verfahren zur Personalbemessung nicht ersetzen. Die Zeit bis 2012 ist daher zu nutzen, um ein solches Verfahren zu entwickeln. Es muss sich am tatsächlichen Pflegebedarf orientieren und auch Aufgabenzuweisungen und vorhandene andere Dienste im Krankenhaus berücksichtigen. Hierfür ist im vorliegenden Gesetz ein Auftrag an eine Expertengruppe zu erteilen.

### **Zur Berücksichtigung von Tariferhöhungen für Löhne und Gehälter**

Artikel 2 Nr. 4 c

Die Aufhebung der Bestimmung in §4 Abs. 4 Nr. 2 - Berücksichtigung der Tarifangleichung in den neuen Bundesländern – kann erst nach vollständiger Tarifangleichung erfolgen.

Artikel 2 Nr. 10 e Absatz 5

Für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts wird eine Öffnungsklausel für die Berücksichtigung von Tariferhöhungen für das Jahr 2009 vorgegeben. Diese Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Bezogen auf die Personalkosten werden 50 Prozent des Unterschieds zwischen der Veränderungsrate und der Tarifraterate - das sind die tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen für die Jahre 2008 und 2009 - berücksichtigt. Die Tarifraterate wird ermittelt für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits. Es wird jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung zugrunde gelegt, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen) vereinbaren in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsrate. Der Basisfallwert 2009 ist um ein Drittel<sup>5</sup> dieser Erhöhungsrate zu erhöhen. Ist ein Basisfallwert 2009 bereits vereinbart, ist dieser während des Kalenderjahres 2009 unter Berücksichtigung der Erhöhungsrate neu zu vereinbaren. Dabei ist zusätzlich zu der Basisanhebung ein Ausgleich in Folge der verspäteten Erhöhung durchzuführen.

Die Berücksichtigung der Tariferhöhung für die Jahre 2008 und 2009 ist geboten. Die Regelung im Gesetzentwurf ist allerdings völlig unzureichend.

Es werden nur die Veränderungen der Vergütungstarife und Einmalzahlungen, berücksichtigt, nicht jedoch strukturelle Veränderungen wie z. B. die Vergütungsstruktur oder die Einstufung von Mitarbeitern in Tarifgruppen.

Der größte Mangel besteht aber darin, dass lediglich 50 Prozent der Tariferhöhung oberhalb der Veränderungsrate finanziert werden. Jeder nicht finanzierte Prozentanteil birgt die Gefahr weiteren Personalabbaus.

---

<sup>5</sup> Ausgehend von der Faustformel, dass 2/3 Personalkosten und 1/3 Sachkosten sind, entspricht 1/3 der Gesamtkosten 50 Prozent der Sachkosten

Daher ist ein vollständiger Ausgleich der Tarifierhöhung erforderlich. Für die Zeit ab 2010 ist vorzusehen, dass Tarifsteigerungen vollständig in dem Orientierungswert des Statischen Bundesamtes (Krankenhaus-Warenkorb) zu berücksichtigen sind.

Die Vorschrift, wonach für die Berechnung der Differenz der für die meisten Beschäftigten maßgebliche Tarifvertrag heranzuziehen ist, halten wir nicht für sachgerecht. Bisher sind zu berücksichtigende Tarifsteigerungen auf den TVöD bezogen. Die Ermittlung des jeweils maßgeblichen Tarifvertrags stellt eine erhebliche bürokratische Hürde dar und birgt u.U. auch Konfliktpotential in der sich stark verändernden Tariflandschaft. Daher soll der Tarifbezug auf den TVöD erhalten bleiben.

Die Bestimmung, wonach die ermittelte Erhöhungsrates dem Landesbasisfallwert zugeschlagen wird, hält ver.di ebenfalls nicht für sachgerecht. Damit profitieren auch Krankenhäuser ohne Tarifbindung oder mit niedrigeren Tarifierhöhungen im gleichen Maße von der Erhöhung der Landesbasisrate. Vielmehr ist der Ausgleich für Tarifierhöhungen als Zuschlag außerhalb des Erlösbudgets und der Erlössumme in § 4 KHEntgG zu regeln. Der Zuschlag ist auf die tatsächliche Tarifierhöhung zu begrenzen. Durch diese Maßnahme werden Mitnahmeeffekte verhindert und der tendenzielle Anreiz zur Tariffucht im DRG – System gemindert. Gleichzeitig werden die Beiträge der Versicherten gezielt nur für Maßnahmen im Bereich der Strukturqualität eingesetzt. Mit dem gleichen Betrag – 1,35 Mrd. Euro – der zur Finanzierung dieser Maßnahme errechnet wurde, könnte durch zielgenauere Verteilung ein nahezu vollständiger Ausgleich der Tarifsteigerung 2008/2009 erfolgen. Eine Veränderung in diesem Sinne ist also dringend geboten.

***Zur Ermittlung eines Orientierungswertes, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser berücksichtigt als die Veränderungsrate nach § 71 SGB V***

Artikel 2 Nr. 10 e Absatz 6

Der Gesetzgeber beabsichtigt die an der Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen orientierte Veränderungsrate nach § 71 SGB V durch einen Orientierungswert für Krankenhäuser, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser als die Veränderungsrate berücksichtigt (Krankenhaus-Warenkorb), abzulösen. Dazu wird dem Statistischen Bundesamt ein Auftrag erteilt. Hier soll die Systematik für die Ermittlung des Wertes bis zum 31. Dezember 2009 unter Einbeziehung der Länder entwickelt werden. Die Länder sind einzubeziehen. Der Wert soll erstmals zum 30. Juni 2010 ermittelt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt nach Anhörung der Länder durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Jahr in dem die Veränderungsrate abgelöst wird sowie den zu finanzierenden Anteil des Orientierungswertes (Veränderungswert), der maßgeblich für die Begrenzung ist.

Grundsätzlich begrüßt ver.di die Absicht die Veränderungsrate nach § 71 SGB V aufzuheben und die Kostenstrukturen der Krankenhäuser besser zu berücksichtigen. Allerdings stünde der Krankenhaus-Warenkorb als neuer Orientierungswert frühestens 2011 zur Verfügung – und damit viel zu spät für die in Finanznot geratenen Krankenhäuser. Eine Entlastung für

gestiegene Kosten der Krankenhäuser (Sach- und Personalkosten) ist aber bereits jetzt erforderlich. Nach den kurzfristig wirkenden Maßnahmen im Jahr 2009 wird der Orientierungswert spätestens im Jahr 2010 gebraucht.

ver.di lehnt allerdings ab, dass vom Bundesgesundheitsministerium sowohl der Zeitpunkt der Ablösung der Veränderungsrate durch den Orientierungswert als auch der Teil des Orientierungswertes bestimmt wird, der Berücksichtigung finden soll. Damit werden die derzeit bestehenden Probleme nicht gelöst. Da sich im Orientierungswert sowohl medizinischer Fortschritt als auch Rationalisierungsmöglichkeiten bereits niederschlagen, muss es auch zu einer vollständigen Berücksichtigung kommen, wie auch vom Bundesrat gefordert. Es ist daher geboten, dass der Orientierungswert bereits für die Verhandlung des Landesbasisfallwertes für das Jahr 2010 den Vertragsparteien zur Verfügung steht. Zum gleichen Zeitpunkt ist die Vorgabe einer Begrenzung auf die Höhe der Veränderungsrate nach § 71 SGB V für die Krankenhäuser aufzuheben.

### ***Zu den Veränderungen für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser***

#### Artikel 1 Nr. 5

Der Gesetzentwurf sieht die Einführung eines durchgängig leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser vor. Allerdings soll dies anders als in den DRG-Krankenhäusern nicht auf der Grundlage von fall-, sondern von tagesbezogenen Entgelten erfolgen. Auch gilt die Psychiatrie-Personalverordnung weiter.

Geprüft werden soll auch, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können und, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen einbezogen werden können. Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Die Definition der Entgelte und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen.

Der Zeitplan sieht vor, dass bis zum Jahresende 2009 die Grundstrukturen des Vergütungssystems vereinbart werden und bis zum 30. September 2012 die ersten Entgelte und deren Bewertungsrelationen. Das Vergütungssystem wird erstmals für das Jahr 2013 budgetneutral umgesetzt.

Die Einführung soll durch eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, evaluiert werden. Dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. Erste Ergebnisse sind im Jahr 2014 zu veröffentlichen.

Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden haben für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall die tagesbezogene Einstufung der Patientin oder des Patienten in die Behandlungsbereiche der Psychiatrie-Personalverordnung zu übermitteln

Nach Auffassung der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ist grundsätzlich ein solches Entgeltsystem in der Psychiatrie fragwürdig. Psychisch Erkrankte erleben sehr individuelle Krankheitsverläufe, die von unterschiedlichen Determinanten (Familie, Arbeitssituation, Wohnort, Behandlungsmöglichkeiten u.a.m.) abhängig sind. Konkret heißt das, dass die manisch - depressive Phase bei einigen Menschen zwei Wochen oder auch zwei Monate dauern kann. Ein pauschalierendes System ist aus dieser Sicht kontraproduktiv, auch dann, wenn wie hier im Entwurf der unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden ist.

Die Anpassung an neue Entwicklungen und an neue Versorgungsstrukturen widerspricht der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems. So steigt in der stationären Versorgung der Anteil von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheitsverläufen und komplexem Behandlungs-, Pflege, und Hilfebedarf. Personenzentrierte Behandlungs- und Hilfesettings im außerklinischen Bereich müssen organisiert und gesteuert werden, um die Förderung des Empowerments des Patienten und des Lebensumfeldes. Aus diesem Grunde müssen psychiatrische Krankenhäuser in Zukunft auf den Ausbau integrierter, gemeindenaher und personenzentrierter Angebote konzentrieren. Ein pauschalierendes fallbezogenes Entgelt allein für den stationären Sektor widerspricht diesem Bedarf.

Die Psychiatrie-Personalverordnung soll laut Gesetzentwurf die Grundlage für die Festlegung der fallbezogenen Entgelte bilden. Hierzu ist anzumerken, dass

- die Psychiatrie-Personalverordnung derzeit in keinem Krankenhaus zu 100% eingehalten wird. Die Regel sind 70 -84% (APK 2008),
- die Behandlungsbereiche auf jetzige Bedarfe hin geprüft werden müssen,
- die Regelaufgaben überarbeitet werden müssen und
- die Minutenwerte durch personenzentrierte analytische Verfahren ersetzt werden.

Eine Weiterentwicklung der Psychiatrie-Personalverordnung und eine Anpassung vor der Einführung eines solchen Entgeltsystems sind daher dringend erforderlich.

Erforderlich ist die Überarbeitung auch deswegen, weil sich im psychiatrischen Krankenhaus die künftigen Profile und Aufgaben der Berufsgruppen weiter verändern werden.

Begrüßenswert ist, dass das Gesetz die Psychiatrie-Personalverordnung als Personalbemessungsinstrument vorsieht. Die genannten Anpassungsschritte sind jedoch erforderlich.

### Artikel 3

Für die neue Aufgabenzuweisung müssen gleichzeitig die erforderlichen zusätzlichen Mittel für die Institutsambulanzen bereitgestellt werden.

Artikel 4 Nr. 2 a) bb) bbb) und Nr. 2 b)

Die stufenweise Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung ab 1. Januar 2009 ist zu begrüßen. Anzustreben ist jedoch eine Erfüllung in vollem Umfang, wie auch vom Bundesrat gefordert. Es macht keinen Sinn, eine Verordnung vorzusehen und dann im Gesetz nur deren teilweise Erfüllung vorzusehen.

Ebenfalls ist die Berücksichtigung der tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen zu begrüßen. Auf die bereits oben gemachten Ausführungen weisen wir ausdrücklich hin.