

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. – DPR  
zum Gesetzentwurf  
des Krankenhausfinanzierungsrahmengesetzes – KHRG  
im Bundesministerium für Gesundheit – BMG  
Anhörung am 24. November 2008 in Berlin**

## **Einführung**

Der Deutsche Pflegerat e.V. als Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen und des Hebammenwesens (DPR) ist gesetzlich nach § 17b KHG vertragsbeteiligt.

Er versteht sich als Partner der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Seine Mitwirkungsrechte im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nimmt der DPR für die Berufsorganisationen der Krankenpflege gleichberechtigt mit der BÄK wahr. Er vertritt die gesundheitspolitischen und fachberuflichen Interessen der professionellen Pflege auf Bundesebene und setzt sich für Menschen mit Hilfebedarf in den verschiedenen Lebensphasen im Kranksein und Betreuungsfall ein.

Die Krankenhäuser benötigen, um auch in Zukunft ihrem Versorgungsauftrag nachzukommen, eine angemessene und nachhaltige Finanzierung, die in der Vergangenheit zunehmend nicht mehr gewährleistet war.

**Dies hat zu einem erheblichen Personalabbau (50.000 VK), insbesondere im Bereich der pflegerischen Versorgung geführt, der mittlerweile die Patientensicherheit massiv gefährdet. Daher ist es dringend erforderlich, die Finanzierung der Krankenhäuser ausreichend abzusichern und der Gefährdung der Patientensicherheit durch Abbau der pflegerischen Versorgung entgegenzuwirken.**

Das G-DRG-System hat seit seiner Einführung 2003 als primär ökonomisches Instrument zur Vergütung von Leistungen im stationären Bereich der Krankenhausversorgung entscheidende Veränderungen eingeleitet, deren Wirkungen und Folgen sehr unterschiedlich ausgeprägt sind.

Die erfolgreiche Fortsetzung des G-DRG-Systems wird davon abhängen, welche der notwendigen Nejustierungen Politik und Selbstverwaltung zulassen werden. Der heutige Stand ist nicht haltbar und daher einer gründlichen Revision zu unterziehen. Die Korrektur ist in der

- **Patientenklassifikation durch einen Pflegefaktor** vorzunehmen,
- **Anpassung der Vergütungskalkulation** durch ein fallbezogenes, auf relevanten Ressourcenverbrauch ausgerichtetes Instrumentenset,
- Dauerhafte Übernahme der notwendigen **Personalanpassung aus den DRG-Pflege-Daten.**

Ziel muss es sein, den Krankenhäusern eine optimierte ökonomische Ausrichtung des Behandlungsprozesses auf der Basis gesicherter medizinischer und pflegerischer Qualitätsindikatoren zu ermöglichen. Nur so können Infrastrukturbedingungen geschaffen werden, die auch unter den erwarteten gesellschaftlichen Veränderungen eine Patientenorientierung, Patientensicherheit sowie angemessene Personal- und Arbeitsplatzbedingungen zulassen.

Vor diesem Hintergrund nimmt der Deutsche Pflegerat wie folgt Stellung:

**Zu**  
**Artikel 1**  
**Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**  
**Zweiter Abschnitt**  
**Investitionsfinanzierung**

Die im Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen bei der Investitionsfinanzierung werden begrüßt. Wir können aber weiterhin keine Lösungsansätze für die derzeit bestehende Problematik „Investitionsstau“ erkennen. Auch hier sind aus unserer Sicht dringend Veränderungen nötig und im Gesetz festzulegen, damit die Quer-Subventionierung – Mittel aus dem Personalbudget Pflege für notwendige Investitionen – unterbunden wird.

Es fehlt insbesondere eine Regelung, die die Länder verbindlich verpflichtet, ihrer Verantwortung auf dem Gebiet der Investitionsförderung in Form einer angemessenen Investitionsförderung nachzukommen.

**Zu § 17a**  
**Finanzierung von Ausbildungskosten**

Aus Sicht des Deutschen Pflegerates (DPR) ist die im Gesetzesentwurf erfolgte Klarstellung, alle Positionen der Ausbildungskosten im Ausbildungsbudget zu berücksichtigen, zu begrüßen. Durch diese Neuregelung erfolgt eine gesetzliche Klarstellung für die seit 2003 bestehenden Ansprüche der Krankenhäuser und Bildungsträger zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen.

Allerdings ist festzuhalten, dass die Formulierung „Mehrkosten der Praxisanleitung“ bereits wieder eine Einschränkung vornimmt. Mit dieser Formulierung ist eine grundsätzliche Fragestellung, in welchem Umfang die Praxisanleitung über das Ausbildungsbudget zu finanzieren sein wird, nicht gelöst. Der vom Gesetzgeber in diesem Zusammenhang angegebene Anrechnungsschlüssel kann sich nur auf den tatsächlich praxisangeleiteten Einsatz der Schüler beziehen. Die darüber hinaus gehenden Kosten für die Praxisanleitung,

- wie die Personalkosten der Praxisanleiter,
- die Qualifizierungskosten der Praxisanleiter sowie die
- Arbeitsausfallkosten während der Qualifizierungsmaßnahme

sind nicht durch den Anrechnungsschlüssel erfasst und somit der Ausbildungsstätte zuzurechnen.

Der DPR fordert daher mit allem Nachdruck, im Rahmen der Ausgestaltung des genannten Gesetzes dafür Sorge zu tragen, dass die Formulierung des Gesetzestextes und des Kommentars **keine Spielräume für Interpretationen** dieser Kosten zulässt.

Der DPR fordert weiterhin eine klarstellende Formulierung, dass ausschließlich bei der Ermittlung der Ausbildungsvergütungen von Gesundheits- und Krankenpflegern, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern sowie Krankenpflegehelfern die entsprechenden Anrechnungsschlüssel nach Satz 2 und 3 anzuwenden sind.

Im Übrigen wird mit dieser Regelung jedoch nicht das Problem der grundsätzlichen, nicht auskömmlichen Finanzierung für die Schulträger gelöst. Zur nachhaltigen zukunftssicheren Regelung der Ausbildungsfinanzierung wird auf die Vorschläge in der Stellungnahme zum Referentenentwurf dieses Gesetzes verwiesen.

### **Art 1 Nr. 3 g (§17a, Abs. 4 BKG) - krankenhausindividuelles Ausbildungsbudget -**

In Absatz 4b, Satz 1, wird die Formulierung „Mehrkosten der Ausbildungsvergütung“ durch die Formulierung „sonstige Ausbildungskosten“ ersetzt. Diese Begrifflichkeit ist nicht eindeutig definiert.

Daher fordert der DPR, dass in Absatz 4b, Satz 1, die Formulierung durch den Begriff „Ausbildungskosten“ entsprechend der Definition im §17a, Abs. 1 KHG, ersetzt wird.

Abschließend weist der DPR noch einmal darauf hin, dass Interpretationsspielräume erneut zu einer Verstärkung der nach wie vor bestehenden Unterfinanzierung der Ausbildung in den Pflegeberufen führt und Träger weiterhin dazu verleitet, Einschnitte bei der Ausbildung vorzunehmen. Diese Entwicklung ist kontraproduktiv zur perspektivischen Sicherstellung einer qualifizierten Ausbildung des Berufsnachwuchses in den Pflegeberufen.

### **Zu § 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser**

Absatz 1

zu bb) aus Qualitätssicherungsgründen ist zwingend neben der ärztlichen Weiterbildung die „**pflegerisch- gesetzlich geregelte Fachweiterbildung**“ einzufügen. Die Forderungen aus der externen vergleichenden Qualitätssicherung (GB-A) am Beispiel der Mindestmengenregelung sind Forderungen an eine Fachweiterbildung, z.B. Intensivpflege, festgelegt, die prozentuale Mindestbesetzungen mit fachweitergebildetem Pflegepersonal explizit voraussetzen.

### **Stellungnahme zu § 17 d Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen**

Der DPR begrüßt den Einstieg in ein neues Entgeltsystem für die stationäre, teilstationäre Versorgung der Psychiatrie. Entscheidend ist, dass vorab bestimmte Voraussetzungen geschaffen werden. Dazu gehören insbesondere:

- eine Änderung der BPfIV, um vor der Entwicklung bzw. Einführung eines neuen Entgeltsystems die volle Finanzierung der Personalbemessung und somit auch der Qualitätsvorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zu gewährleisten;
- eine klare Aussage darüber, dass das System der diagnosebezogenen Fallpauschalen in der Somatik auch die Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie nicht geeignet ist und zu massiven Fehlsteuerungen der Behandlungsprozesse führen würde – eine nicht Beachtung würde zum Nachteil für die Patienten führen (in USA wurden DRG's eingeführt, dann wieder zurück genommen);
- Nutzung der bewährten Kriterien aus der Psychiatrie-Personalverordnung;
- Schaffung von Anreizen für neue innovative Versorgungsformen zu entwickeln und zu implementieren;

- Aufrechterhaltung der regionalen Pflichtversorgung, um die für die Psychiatrie wichtige Beziehungskontinuität zu gewährleisten;
- Leistungsgerechte Erlöse müssen sichergestellt werden.

Aus Sicht des DPR greift der Referentenentwurf diese notwendigen Voraussetzungen nur bedingt auf. Leerfelder, wie z.B. bei der Änderung der BPfIV sagen auch nichts aus und lassen unterschiedliche Interpretationen zu.

Ein neu zu entwickelndes pauschaliertes Entgeltsystem soll für die medizinischen Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Anwendung kommen. Dies wird im § 17 d des Entwurfs nicht ausreichend ausgedrückt.

Eine Pauschalierung der Entgelte kann – wie oben schon erwähnt – nicht durch diagnosebezogene Fallpauschalen im Sinne des DRG-Systems erfolgen. Eine psychiatrische Diagnose sagt in der Regel wenig über die Verweildauer und den tatsächlichen medizinisch-pflegerischen Aufwand beim Patienten aus. Eine Standardisierbarkeit von Pflege- und Behandlungsabläufen bei psychischen Störungen ist nicht denkbar. Von daher ist auch eine Kostenabbildung wie bei den somatischen DRG nicht möglich. Zu bedenken sind auch unterschiedliche Therapie- bzw. Behandlungsangebote.

Der DPR kann nur einer Weiterentwicklung des pauschalierten Entgeltsystems für den Psychiatriebereich zustimmen wenn dies an den Behandlungsbereichen der Psychiatrie-Personalverordnung sich orientieren. Eine Einführung von tagesbezogenen Entgelten trägt den Besonderheiten in der Psychiatrie am ehesten Rechnung. Mitberücksichtigt werden muss gleichfalls, dass die regionale Pflichtversorgung für psychischkranke Menschen eine zentrale Rolle spielt. Hier sollten auch Anreize für die Einrichtungen geschaffen werden diese Pflichtsorgung zu übernehmen. In diesem Zusammenhang wird auf den §3 der Psychiatrie-Personalverordnung verwiesen.

### **Zu § 17d Absatz 3**

Hier erwartet der DPR den Zusatz, „dass die beratende Funktion des DPR analog für den somatischen Klinikbereich gilt.“ Um fachliche Gesichtspunkte bei der Erarbeitung eines neues Vergütungssystems adäquat zu berücksichtigen, sind aus Sicht des DPR die medizinischen und pflegerischen Fachgesellschaften und die der Psychiatrie und Psychotherapie der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie auch der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin und Psychotherapie zu beteiligen. An dieser Stelle wird deutlich unterstrichen, dass gerade auch die psychiatrische Krankenpflege eine nicht zu unterschätzende Bedeutung im Pflege- und Behandlungskonzept für die Patienten hat.

### **Zu § 17d Absatz 6 Nr.3**

Leistungen der klinischen Pflege werden bisher noch nicht sachgerecht im DRG-Vergütungssystem abgebildet und vergütet. Hierzu sind ab 2009 Regelungen zwischen den Vertragsparteien nach § 17b und dem DPR zur Weiterentwicklung festzulegen.

### **Zu § 17d Absatz 8**

Der DPR begrüßt es, dass der Gesetzgeber endlich die Begleitforschung nunmehr erneut einfordert. Allerdings ist die Fristsetzung der ersten Ergebnisse bis zum Jahr 2014 viel zu spät. Wir fordern dass die Ergebnisse mindestens bis zum Jahr 2012 vorliegen.

### **Zu §17d Absatz 9**

Erneut ist darauf hinzuweisen, dass die Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes auch für den somatischen Teil auf pflegerelevante Daten zu erweitern sind.

## **Artikel 2**

### **Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

#### **Zu § 4**

#### **Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009**

### **Zu Absatz 8**

Begrüßt wird die Fortschreibung des Zuschlages zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen.

### **Zu Absatz 10**

Die in diesem Referentenentwurf entwickelten Vorgaben zur Finanzierung, Laufzeit, Zuweisung, Steuerung, Kontrolle der zusätzlichen Finanzmittel zur Verbesserung der Pflegesituation in den Kliniken erscheinen in dieser Abwicklung bürokratisch, aufwendig und unterstützt in keinsten Weise das Anliegen der Pflege und des Pflegemanagements, ausschließlich für qualitäts- und patientenorientierte Maßnahmen den Mehrbedarf einzusetzen.

Zudem ist die nur anteilige Förderung der Personalkosten in der Pflege zu bemängeln, da hier die Gefahr besteht, dass die aufgrund der erheblichen Personalkürzung der vergangenen Jahre sowie der enormen Arbeitsverdichtung im Pflegebereich beabsichtigte Stützung des Pflegebereichs ins Leere gehen wird. Hier ist eine volle Förderung unabdingbar sowie zumindest eine Erweiterung der zeitlichen Befristung, die andernfalls zu unerwünschten Nebeneffekten führt.

Daher fordern wir eine 100%ige Förderung der Pflegepersonalkosten.

Um die Zielsetzung der Verbesserung der pflegerischen Versorgungsqualität nicht zu verfehlen und mögliche Fehlsteuerungen des Vorhabens (beispielsweise Stellenaufbau in der Pflege verbunden mit der Übernahme von „nicht pflegerischen Tätigkeiten“ und Reduktion der Personalstellen in anderen Arbeitsbereichen) muss Voraussetzung der Freigabe der Fördermittel sein:

- a) Der Nachweis, dass entsprechende Pflegepersonalstellen aufgebaut wurden,
- b) Der Nachweis, dass der Stellenaufbau in der Pflege mit der Verbesserung der pflegerischen Versorgungsqualität nach dem Grundsatz der Angemessenheit der Sicherstellung der Patientensicherheit und des Versorgungsmanagements (§ 11 SGB V) einhergeht.

Entsprechend einberufene Arbeitsgruppen erarbeiten die Kriterien zur Realisierung des Verfahrens sowie die Kriterien der Prüfung, Freigabe und Berichterstattung der Krankenhäuser, die Fördermittel erhalten.

Entsprechende Zusätze zum Erfordernis und Art des Nachweises müssen dringend im Gesetzestext erfolgen. Der jetzige Wortlaut erscheint im Hinblick auf die Zielsetzung unzureichend.

Unabdingbar ist aufgrund der notwendigen Einbeziehung der pflegerischen Expertise der Zusatz bzw. die Ergänzung:

„Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 **unter Beteiligung des Deutschen Pflegerates e.V.** beauftragen **das\_DRG-Institut**“, Kriterien zu entwickeln, nach denen ab dem Jahr 2012 diese zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des DRG-Vergütungssystems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen.“

Zudem ist im Anschluss daran aufzunehmen:

„Der erhöhte pflegerische Aufwand ist durch adäquate Pflegeindikatoren im Rahmen der DRG-Systematik zu berücksichtigen.“

### **Begründung:**

Das G-DRG-System hat seit seiner Einführung 2003 als primär ökonomisches Instrument zur Vergütung von Leistungen im stationären Bereich der Krankenhausversorgung entscheidende Veränderungen eingeleitet, deren Wirkungen und Folgen sehr unterschiedlich ausgeprägt sind. Die Herstellung von Transparenz, Vergleichbarkeit und Steuerungsmöglichkeit zur Erreichung von mehr Effektivität und Effizienz ist primär sinnvoll. Die Strukturveränderungen in den Kliniken werden mit den DRG-bedingten Faktoren deutlich beschleunigt. Die Förderung von verbesserter Interdisziplinarität und interprofessioneller Zusammenarbeit der Berufsgruppen und Abläufe (Prozessorganisation) ist unvermeidbar, wenn die Wirkungen von Effektivität und Effizienz zu Tage treten sollen.

Die erfolgreiche Fortsetzung des G-DRG-Systems wird davon abhängen, welche der notwendigen Nejustierungen Politik und Selbstverwaltung zulassen werden. Der heutige Stand ist nicht haltbar und daher einer gründlichen Revision zu unterziehen. Die Korrektur ist in der Patientenklassifikation durch einen Pflegefaktor vorzunehmen, in der Vergütungskalkulation durch ein fallbezogenes, auf relevanten Ressourcenverbrauch ausgerichtetes Instrumentenset. Es muss das Ziel sein, den Krankenhäusern eine optimierte ökonomische Ausrichtung des Behandlungsprozesses auf der Basis gesicherter medizinischer und pflegerischer Qualitätsindikatoren zu ermöglichen. Nur so können Infrastrukturbedingungen geschaffen werden, die auch unter den erwarteten gesellschaftlichen Veränderungen eine Patientenorientierung, Patientensicherheit sowie angemessene Personal- und Arbeitsplatzbedingungen zulassen.

Damit die zur Verfügung gestellten Mittel verantwortungsvoll für erfolgreich umgesetztes Prozess- und Qualitätsmanagement den Akteuren zufließt, werden nachfolgend aufgeführte Kriterien vorgeschlagen:

- Aufbau eines Kennziffersystems mit Qualitätsindikatoren (DPR-DRG-Projekt);
- Einsatz von evidenzbasierten Expertenstandards (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP));
- Innovative prozessorientierte Pflege- und Behandlungskonzepte (z.B. Primary Nursing);

- beispielhafte Konzepte von funktionsfähigen IT-Anwendungen, die pflegespezifische Belange integrieren (z.B. VHitG-Award: Entlassungsmanagement in der Uniklinik Freiburg i.Br.);
- Qualifizierung des Pflegepersonals durch Investitionen in Fort- und Weiterbildung.

Diese Form einer Mittelzuweisung unterscheidet sich deutlich von der 1993 gesetzlich eingeführten Pflege-Personal-Regelung (PPR), die 20.000 neue Stellen über drei Jahre geschaffen hat und sukzessive in wenigen Jahren wieder abgebaut wurde. Grundsätzlich ist die Einführung von analytischen Personalbemessungsverfahren erforderlich. Ein Verfahren dazu ist noch zu entwickeln.

#### **Zu Absatz 5 :**

Im Entwurf ist eine anteilige und auf 2008/2009 begrenzte Refinanzierung der Tarifsteigerung vorgesehen. Sinnvoll dagegen wäre die volle und auf Dauer angelegte Refinanzierung von Tarifsteigerungen.

Anzumerken ist dabei, dass insbesondere die Tarifierhöhungen im pflegerischen Bereich voll ausgeglichen werden müssen, da es in der Vergangenheit diesbezüglich zu keinerlei Ausgleich kam, sondern interne Ressourcen mobilisiert werden mussten, die nun nicht mehr zur Verfügung stehen

#### **Zu Absatz 6 :**

Eine Refinanzierung der ungedeckten Sachkosten ist im Entwurf nicht vorgesehen. Es bietet sich an, diese in Absatz 6 aufzunehmen, denn mit der jetzigen Formulierung wird man der Problematik nicht gerecht.

## Fazit

Gravierende Fehlentwicklungen der ausreichend und notwendigen Krankenhausfinanzierung könnten mit Teilen der im Gesetz angedachten Änderungen positiv beeinflusst werden.

Kritikpunkte die weiterhin deutlich angesprochen werden müssen liegen in Akzeptanz von relevanten Pflegedaten, der umfassenden Beteiligung des Deutschen Pflegerates e.V. als Vertragsbeteiligte (Zustand bis 2004) und an einer dauerhaften Lösung der Problematik der Ausbildungskosten.

Zudem ist die nur anteilige Finanzierung des unverzichtbaren, vorgesehenen Ausbaus im Pflegepersonalbereich ein grobes Hindernis und stützt in keiner Weise die dahinterstehende Absicht. In Kombination mit der zeitlich engen Begrenzung der Förderung blockiert dies eine nachhaltige Verbesserung der prekären Situation der Pflege im Krankenhaus.

Erfreulich ist, dass die Möglichkeit der Einzelverträge zwischen Kassen und Kliniken nicht aufgenommen wurde, da die Gefahr einer „Abwärtsspirale“ im Hinblick auf Qualität und die Breite des Angebots von Leistungen greifbar wäre.

Deutscher Pflegerat e.V. - DPR  
Berlin, 24. November 2008



Marie-Luise Müller  
Präsidentin

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR  
Salzufer 6, 10587 Berlin  
Telefon: 030 / 21 91 57 57  
Telefax: 030 / 21 91 57 77  
E-Mail: [info@deutscher-pflegerat.de](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)  
<http://deutscher-pflegerat.de>



### **Der Deutsche Pflegerat e.V. (DPR) – Kurzporträt**

Der Deutsche Pflegerat e.V. wurde 1998 gegründet, um die Positionen der Pflegeorganisationen einheitlich darzustellen und deren politische Arbeit zu koordinieren. Darüber hinaus fördert der Zusammenschluss aus 15 Verbänden, die berufliche Selbstverwaltung. Seit 2003 handelt der Deutsche Pflegerat e.V. als eingetragener, gemeinnütziger Verein. Als Bundesarbeitsgemeinschaft des Pflege- und Hebammenwesens und Partner der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen vertritt der Deutsche Pflegerat heute die insgesamt 1,2 Millionen Beschäftigten der Pflege. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist der Einsatz für eine nachhaltige, qualitätsorientierte Versorgung der Bevölkerung oberstes Anliegen des Deutschen Pflegerates.

**Präsidentin Marie-Luise Müller**

#### **Mitgliedsverbände**

- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V. (ADS)
- Anbieterverband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V. (AVG)
- Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e.V. (BA)
- Bundesverband Geriatrie e.V. (BV)
- Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e.V. (BALK)
- Deutscher Hebammenverband e.V. (BDH)
- Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD)
- Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. (BFLK)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)
- Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF)
- Deutscher Pflegeverband e.V. (DPV)
- Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e.V. (VdS)
- Verband für Anthroposophische Pflege e.V. (VfAP)
- Vereinigung der Hygienefachkräfte der Bundesrepublik Deutschland e.V. (VHD)
- Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken e.V. (VPU)