

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
71. Sitzung

Berlin, den 23.04.2012, 13:00 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

- a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz - PsychEntgG)

BT-Drucksache 17/8986

- b) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Einführung eines pauschalierenden psychiatrischen Entgeltsystems zur qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung nutzen

BT-Drucksache 17/9169

- c) Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Ergebnisoffene Prüfung der Fallpauschalen in Krankenhäusern

BT-Drucksache 17/5119

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Henrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöllner, Wolfgang
Zylajew, Willi

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.
Molitor, Gabriele

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Rief, Josef
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Hellmich, Michael
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kober, Pascal
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhrling, Cornelia
Tempel, Frank

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kuhn, Fritz
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigegefügt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister

Abg. Angelika Graf (Rosenheim) (SPD)	37
Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU)	10
Abg. Dr. Erwin Lotter (FDP)	17, 18, 19
Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	23, 24
Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.)	25, 26
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	22
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	12
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	5, 33, 34, 37
Abg. Lars Lindemann (FDP)	20, 21
Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU)	7, 31
Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	27, 28, 29, 30
Abg. Mechthild Rawert (SPD)	39
Abg. Stefanie Vogelsang (CDU/CSU)	35
Die Vorsitzende	5, 21, 33, 34, 37, 40
Die Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	5
SV Dr. Boris Augurzky	32, 34
SV Dr. Frank Heimig (InEK GmbH, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)	6, 18
SV Dr. Gerhard Hildenbrand (CPKA Chefarztkonferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen)	13
SV Dr. Josef Siebig (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA))	39
SV Dr. Martin Braun	5, 8
SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband)	7, 9, 10, 20, 21, 22, 29, 31
SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG))	6, 8, 11, 20, 21, 22, 29, 31
SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft)	13, 24, 26, 39
SV Matthias Rosemann	27
SV Prof. Dr. Hans Gutzman (Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und-psychotherapie e. V. (DGGPP))	38
SV Prof. Dr. Heinrich Kunze (Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK))	23, 38
SV Prof. Dr. Jörg. M. Fegert (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP))	16, 25, 37
SV Prof. Dr. Jürgen Fritze (PKV)	11, 21
SV Prof. Dr. med. Arno Deister (Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA))	13
SV Prof. Dr. Peter Kruckenberg	14, 25, 26, 28
SV Prof. Dr. Rainer Richter (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK))	9, 11, 14
SV Roman Ernst	17
SVe Dr. Ingrid Munk	12, 36, 40
SVe Dr. Iris Hauth (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN))	19, 35, 36
SVe Dr. Patricia Klein (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	22
SVe Prof. Dr. Renate Schepker (Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP))	30

Sitzungsbeginn: 13:05 Uhr

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Gäste, ich darf Sie alle ganz herzlich zur Anhörung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen – Psych-Entgeltgesetz“ auf Drucksache 17/8986 begrüßen. Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Einführung eines pauschalierenden psychiatrischen Entgeltsystems zur qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung nutzen“ auf Drucksache 17/9196 sowie der Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Ergebnisoffene Prüfung der Fallpauschalen in Krankenhäusern“ auf Drucksache 17/5119 sind ebenfalls Gegenstand der Anhörung. Die Anhörung wird drei Stunden dauern. Das Fragerecht der Fraktionen wurde wie immer in Zeitkontingente aufgeteilt. Es beginnt die Fraktion der CDU/CSU mit 35 Minuten Fragezeit, dann folgen die Fraktionen SPD mit 21 Minuten, FDP mit 27 Minuten, DIE LINKE. mit 22 Minuten und die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit 20 Minuten. In der zweiten Frageunde erhält die Fraktion der CDU/CSU 34 Minuten und die der SPD 21 Minuten Fragezeit. Bitte schalten Sie Ihre Mobilfunktelefone aus. Für die Tonaufzeichnung bitte ich die Sachverständigen vor der Beantwortung einer Frage, den Namen und die Institution zu nennen, die sie vertreten. Der Beratungsgegenstand ist sehr umfangreich, darum sollten sowohl die Fragen als auch die Antworten möglichst kurz gefasst sein.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Zur grundsätzlichen Einschätzung des vorliegenden Gesetzentwurfs habe ich Fragen an den Einzelsachverständigen Dr. Braun, das InEK, die DKG und den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie den vorliegenden Gesetzentwurf im Hinblick auf die Zielsetzung, die derzeitige Finanzierung für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser in ein leistungsgerechtes

Entgeltsystem zu überführen? Bitte gehen Sie bei Ihrer Antwort auch auf die Verbesserung der Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Einrichtungen ein. Herrn Dr. Braun bitte ich zusätzlich um eine Einschätzung des Aufwands und der Vor- und Nachteile der notwendigen Kodierung im Rahmen der Umsetzung. Eine Zusatzfrage richte ich an das InEK. Wie realistisch ist es, dass wir zum 1. Januar 2013 mit dem schrittweisen Umstieg, der mehrere Jahre dauern wird, beginnen können?

SV **Dr. Martin Braun**: Der vorliegende Gesetzentwurf schafft geeignete Rahmenbedingungen zur Einführung des leistungsgerechten Entgeltsystems. Er behält vorhandene Versorgungsstrukturen bei und ist nicht mit einer Strukturreform der Psychiatrien und der Psychosomatik verbunden. Die zeitlichen Rahmenbedingungen für die Anpassung in den Krankenhäusern sowie für die Entwicklung und Weiterentwicklung des Entgeltsystems sind ausreichend. Bisher können die unterschiedlichen Pflegesätze der Krankenhäuser nicht unmittelbar mit der tatsächlich erbrachten Leistung in Zusammenhang gebracht werden. Dem gegenüber bedeutet die Einführung des leistungsorientierten Entgeltsystems, dass künftig unabhängig vom Leistungserbringer gleiches Geld für gleiche Leistung bzw. mehr Geld für höherwertige Leistung bezahlt wird. Künftig wird ein Krankenhaus, das höherwertige Leistung erbringt, mehr Geld erhalten als ein Krankenhaus, welches weniger aufwendige Leistung erbringt. Dies führt zu einer deutlichen Verbesserung der Verteilungsgerechtigkeit bei den verfügbaren Mitteln. Für ein leistungsorientiertes Entgeltsystem sind Dokumentation und Kodierung des Leistungsgeschehens unabdingbar. Beides ist aber auch für die Qualitätssicherung oder die innerbetriebliche Steuerung wichtig. Bis zum Jahr 2009 gab es nahezu keine Möglichkeit, die Leistungen der Psychiatrie und der Psychosomatik mit Hilfe der Operationen- und Prozedurenklassifikation OPS zu verschlüsseln. Insofern war es notwendig, entsprechende Leistungsbe-

schreibungen zu etablieren. Mithilfe der Fachgesellschaften und den Fachverbänden wurde in den letzten drei Jahren eine solide Basis der Leistungsbeschreibung geschaffen. Auch künftig ist von einer konstruktiven Mitgestaltung der Fachgesellschaften und der Fachverbände bei der Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikation auszugehen. Der Dokumentationsaufwand wird in der Einführungsphase generell höher sein als bei etablierten Strukturen. Es ist aber zu beachten, dass klinische Abläufe schon immer dokumentiert werden. Diese vorhandene Dokumentation muss unter den neuen Gegebenheiten im Sinne einer Reorganisation umgestellt werden. Die Ausgangslage ist in den Krankenhäusern ganz unterschiedlich. Bei der Kodierung auftretende Probleme sind in die bei den zuständigen Institutionen etablierten Vorschlagsverfahren einzubringen, um Abhilfe zu schaffen. Parallel ist anzumerken, dass es mittlerweile eine umfangreiche Softwareunterstützung zur Dokumentation und Kodierung gibt. Zusammenfassend ist zu sagen, dass die gegenwärtige Situation als adäquat für die Einführungsphase einer derart komplexen Thematik zu beschreiben ist.

SV Dr. Frank Heimig (InEK GmbH, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus): Ich möchte darauf hinweisen, dass ich die zum Gesetzentwurf gestellten Fragen nur in Bezug auf das Aufgabenfeld des InEK beantworten kann. Wir starten in diesem Jahr, auch wenn wir erst jetzt darüber diskutieren, nicht unvorbereitet ein neues Entgeltsystem. Das InEK hat mit vielen Krankenhäusern bereits so genannte Prätests zur Kostenkalkulation und zur Leistungsdefinitionsentwicklung durchgeführt und nun eine erste Probekalkulation vorgenommen. Derzeit führen wir die erste Kalkulation für das geplante Optionsjahr durch. Hierzu liegen uns bereits einige Analysen vor. Der Ansatz der Psych-PV war nicht der eines Leistungsbeschreibungssystems. Ich will damit der Psych-PV nicht zu nahe treten, sondern verdeutlichen, dass die Aufwandsunter-

schiede, die wir durch die dedizierte Entwicklung von Leistungsschlüsseln und einer zugehörigen Kalkulation entwickeln, in der Psych-PV nicht zu finden sind. Die ersten Analysen, die wir den Selbstverwaltungspartnern vorgestellt haben, zeigten zum Beispiel, dass mehr als 50 Prozent der Patienten in einer Behandlungsart definiert sind. Diese sind auf der Kostenseite und des dahinterstehenden Aufwands per se maximal inhomogen. Das kann auch nicht anders sein, weil nahezu 75 Prozent der Patienten nur durch zwei Klassen beschrieben werden. Das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie wird im Gegensatz dazu unter dem Paradigma der Leistungsgerechtigkeit entwickelt. Dabei sind sehr viele Schritte notwendig. Im Einzelnen sind gerade die Behandlungs- und Therapieintensität, die Erkrankungsschwere und die Betreuungsintensität Aspekte, die bei der Entwicklung des neuen Entgeltsystems berücksichtigt werden. Dadurch rückt die Leistungsgerechtigkeit per Gesetzesvorgabe automatisch in den Mittelpunkt. Es lässt sich sagen, dass zu dem gesetzlich vorgegebenen Zeitpunkt 1.1.2013 mit großer Wahrscheinlichkeit ein erstes Entgeltsystem mit dem Anspruch der leistungsgerechten Vergütung eingeführt werden kann. Es ist dann, wie die DKG bemerkte, vielleicht noch kein ausgereiftes System, aber das System ist als ein lernendes System angelegt, so dass im weiteren Prozess eine differenzierte Weiterentwicklung möglich ist.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Durch den Gesetzentwurf wird der kostenorientierte Budgetfindungsansatz in ein leistungsorientiertes Entgeltsystem überführt. Die Frage, ob die bisherige Finanzierung der psychiatrischen Häuser Ungerechtigkeiten oder Verteilungsprobleme verursacht hat, ist nur schwer zu beantworten. Es spricht vieles dafür, dass sich die Besonderheit der psychiatrischen Leistung, die im Wesentlichen in einer Nichtstandardisierung des therapeutischen Spektrums besteht, in den individuellen Budgetverhandlungsmechanismen wiederfindet. Die Über-

führung in den leistungsorientierten Ansatz ist zunächst eine Chance für mehr Transparenz – insbesondere mehr Leistungstransparenz. Daran an knüpft eine Kalkulation, die hoffentlich umfassende leistungsorientierte Ergebnisse liefert. Es ist aber entscheidend, dass das leistungsorientierte Bewertungssystem mit einer leistungsorientierten Vergütung verbunden ist. Eine leistungsorientierte Bewertung ohne Generierung eines leistungsorientierten Geldvolumens, könnte bedeuten, dass beim Übergang vom selbstkostenorientierten Ansatz zur Leistungsorientierung finanzielle Ressourcen verloren gehen. Aus diesem Grund war für uns die Prämisse wichtig, dass die zu überführenden Budgets finanziell so ausgestaltet sind, wie wir es in der Ausgangslage bereits als leistungsgerecht verstanden haben. Ausgangslage kann die komplette Umsetzung der Psych-PV sein. Am Ende muss der finanzielle Rahmen so ausgestaltet sein, dass die alten Probleme aus dem DRG-System, gedeckelte Grundlohnrate, keine Ausfinanzierung der Kosten, gedeckelte Mehrleistungsfinanzierung, befriedigend gelöst sind. Dann kann aus der leistungsorientierten Vergütung und der Leistungstransparenz eine leistungsgerechte Vergütung entstehen. Das heißt, die Prämissen für den Systemumstieg müssen akzeptabel sein.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Was passiert im Wesentlichen durch dieses Gesetz? Ein abteilungsbezogener Tagessatz wird in einen krankheitsgruppenbezogenen Tagessatz geändert. Dies ist kein wirklich revolutionärer Vorgang. Es ist aber ein richtiger Schritt. Ein Großteil der Probleme in der Psychiatrie werden dadurch aber nicht angegangen, es bleibt vielmehr bei einer rechtstechnischen Ausgrenzung der psychisch Kranken. Die Standorte finden sich nach wie vor in entlegenen Gegenden, fernab der Zivilisationszentren. Man muss sich Gedanken darüber machen, ob eine Öffnung dieser Krankenhäuser sinnvoll ist und ob wir nicht zusätzliche ambulante Strukturen an anderer

Stelle benötigen. Trotzdem ist es ein wichtiger Prozess. Durch die Kodierung und Systematisierung erhalten wir zum ersten Mal Transparenz im Leistungsgeschehen. Wichtig ist, dass der InEK-Prozess begonnen wird, da er Ausgangspunkt für alles Weitere, wie beispielsweise die Qualitätssicherung, ist. Diese erfolgt im Wesentlichen in Vergütungssystemen. Auch Navigatoren bzw. Entscheidungsmöglichkeiten für Versicherte sind auf den Kodierungsprozessen für die Vergütung nur aufbauend zu denken. Des Weiteren ist es von Vorteil, dass man sich beim Vergütungssystem nicht nur auf den Tagesbezug beschränkt, sondern bewusst andere Alternativen zulässt, indem man Modelle gleichberechtigt neben dem Mainstream-Prozess, also neben dem zentralen InEK-Prozess, ermöglicht. Etwas kritischer sehen wir den großen Zeitraum für die Umsetzung, da vieles schneller gehen könnte. So ist nicht ersichtlich, wieso ein zweites Optionsjahr erforderlich ist. Eventuell könnte der Konvergenzprozess sehr viel zügiger vonstatten gehen. Darüber sollte man neu entscheiden, wenn am Ende der budgetneutralen Phase der Konvergenzbedarf erfassbar ist. Insgesamt ist es ein wichtiger Schritt, aber keine kurzfristige revolutionäre Änderung im psychiatrischen Bereich.

Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an Dr. Braun. In den psychiatrischen Krankenhäusern ist der Personalkostenanteil sehr hoch. Können Sie ausführen, wie auf der Grundlage der Psych-PV die Personalstellen bisher berechnet wurden und wie dies künftig im neuen Entgeltsystem der Fall sein wird? Weitere Fragen richte ich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und an den GKV-Spitzenverband. Das Deutsche Krankenhausinstitut bescheinigt im Psychiatriebarometer 2011 einen sehr hohen Erfüllungsgrad der Psych-PV. Können Sie darstellen, wie viele Krankenhäuser in welchem Umfang bisher erfolgreich Nachverhandlungen durchgeführt haben? Wie beurteilen Sie vor diesem Hinter-

grund das Fortbestehen der Nachverhandlungsmöglichkeiten von Personalstellen für optierende Krankenhäuser? Ich habe noch eine letzte Frage an die Psychotherapeutenkammer. Durch den Wegfall der Psych-PV wird teilweise befürchtet, dass es zu einem massiven Abbau von Personalstellen kommen könnte. Wie beurteilen Sie dies vor allem vor dem Hintergrund eventueller Fehlanreize? Gibt es überhaupt Fehlanreize oder werden diese durch die auf der Psych-PV basierenden Vorgaben und Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses vermieden?

SV Dr. Martin Braun: Die Psych-PV gibt für die Personalbemessung der unterschiedlichen Berufsgruppen in Abhängigkeit vom Regel- oder Intensivbehandlungsbereich formale Werte vor. Auf dieser Grundlage sowie der Patientenzusammensetzung des jeweiligen Krankenhauses werden Budget und Pflegesätze verhandelt. Die Psych-PV wurde 1991 implementiert und seitdem nicht weiterentwickelt. Zu betonen ist, dass die Psych-PV eine Personalbemessung darstellt, die mit dem tatsächlichen Leistungsgeschehen nur sehr indirekt zusammenhängt. Das neue Entgeltsystem gibt formal keinen Personalbedarf vor. Da es leistungsorientiert ist, unterscheidet es zwischen Vergütungsgruppen mit höherem und niedrigerem Aufwand. Da der Aufwand im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik im Wesentlichen durch Personalkosten geprägt wird, finden sich diese in den unterschiedlichen Vergütungsgruppen. Die ermittelten Relativgewichte der Vergütungsgruppen werden auf den realen Kosten, also insbesondere den Personalkosten der einzelnen Patienten basieren. Demnach erhalten Krankenhäuser mit höherwertigen Vergütungsgruppen und damit vermeintlich höheren Personalkosten künftig mehr Entgelte als Krankenhäuser mit weniger aufwändigen Vergütungsgruppen. Auf der anderen Seite drücken die Relativgewichte dieser Vergütungsgruppen lediglich Relationen zwischen den unterschiedlichen Vergü-

tungsgruppen aus. Es sind keine Preise. Das tatsächliche Entgelt wird durch die politische Größe des Landesbasisentgeltwertes bestimmt werden. Insofern, und das ist ganz wichtig, ist dem künftigen Entgeltsystem bei gleichzeitiger Abschaffung der Psych-PV nicht per se zu unterstellen, dass die Personalausstattung damit festgeschrieben bzw. künftig nicht ausreichend zu finanzieren ist.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Die Anpassung der Psych-PV bedeutet, dass der Personalbestand von 2008 endlich realisiert wird. Es gibt viele Gründe, warum dies bisher nicht geschah. Zum Teil wurden Stufenvereinbarungen getroffen, die noch nicht gänzlich umgesetzt wurden. Der Umsetzungsgrad liegt bei den meisten Krankenhäuser bei etwa 95 Prozent. Wir wissen aber, dass z. B. in Brandenburg die Quote erst bei 90 Prozent bezogen auf den Zielwert von 95 Prozent liegt. Das Gesetz schreibt vor, dass die Krankenhäuser einen Anspruch auf 95 Prozent haben. Die Selbstverwaltungspartner können ihn auf 100 Prozent erhöhen. Dieser letzte Schritt wurde natürlich nicht überall vollzogen. Darüber, wie viele Häuser dies getan haben, gibt es keine Statistik. Es gibt aber eine deutliche Entwicklung zu einer verstärkten Umsetzung. Es bleiben wenige Krankenhäuser übrig – in Brandenburg wahrscheinlich einige mehr. Dass der Grad der Umsetzung als Anreizinstrument für das Optionieren dienen soll, scheint uns nicht so gelungen, da wir die Gewichtigkeit vermissen. Ich würde ein Krankenhaus, das schnell auf ein eventuell am 31. Oktober als Kalkulationssystem vorliegendes System, umsteigen soll, und das bis zum Jahresende sämtliche organisatorischen Voraussetzungen für den Umstieg erfüllt haben muss, nicht unbedingt mit der Erfüllung der bisher – aus welchen Gründen auch immer – noch nicht umgesetzten Psych-PV motivieren wollen. Der Anreizmechanismus setzt hier an der falschen Stelle an. Es gibt viele Gründe, weshalb einige Häuser die Psych-PV noch nicht umgesetzt haben. Deshalb würden

wir weniger für diesen Anreizmechanismus plädieren, als dafür, dass eine Mindererlösausgleichsquote von 95 oder 100 Prozent garantiert wird. Beim Wechsel in das neue System geht man zwar budgetneutral hinein, kommt aber nicht erlösneutral heraus. Es müssen die gesamten Leistungen im neuen System bewerten werden. Dabei kann man sich stark verschätzen. Gerade jene Häuser, die schnell umsteigen wollen und nur wenige Monate Vorbereitungszeit haben, laufen Gefahr, 25 Prozent ihres ganzen Budgets zu verlieren. Das ist der größte Risiko- und Negativpunkt. Deshalb würden wir es begrüßen, wenn Sie sich entschließen könnten, 95 oder 100 Prozent Mindererlösausgleich, analog der Regelung beim DRG-System, zu gewähren und damit tatsächlich die Budgetneutralität zu garantieren. Dadurch wäre die Gefahr des Umstiegs für viele Krankenhäuser sehr viel geringer.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Das Psychatriebarometer zeigt, dass es nahezu überall zu einer Annäherung von Planbedarf und den entsprechenden Vereinbarungen gekommen ist. Das heißt, die Nachverhandlungsprozesse sind eigentlich weitestgehend erfolgreich abgeschlossen. Allerdings haben wir nun das neue Problem, dass die Psychiatriestellen zum Teil nicht besetzt sind. Damit haben wir gewisse Schwierigkeiten. Denn warum sollen wir Stellen finanzieren, die nicht besetzt sind, obwohl sie den Versicherten zu Gute kommen sollten? Das Problem hat sich gewandelt: Nicht die Vereinbarung, sondern die Besetzung ist das neue Problem im Bereich der Psych-PV. Wir glauben, dass die Nachverhandlungsmöglichkeit nicht die entscheidende Rolle bei der Entscheidung für oder gegen das Optionsmodell spielen wird.

SV Prof. Dr. Rainer Richter (Bundespsychotherapeutenkammer (BptK)): Die Qualität der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen hängt entscheidend von der Zahl und der Qualifikation des

therapeutischen Personals ab. Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt deshalb ausdrücklich, dass der G-BA beauftragt werden soll, Empfehlungen zur Strukturqualität festzulegen. Der Gesetzesentwurf schlägt auch vor, sich an den Anforderungen der Psych-PV zu orientieren. Es wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass die Psych-PV über 20 Jahre alt ist und bisher nicht weiterentwickelt wurde. Ich möchte aber betonen, dass die Entwicklung der Psych-PV ein Meilenstein in der psychiatrischen Versorgung war und es deshalb durchaus sinnvoll ist, sich an ihr zu orientieren. Die Behandlung psychisch Kranker wurde aber seit damals weiterentwickelt. Die Wissenschaft hat neue Behandlungskonzepte und -methoden entwickelt, die mittlerweile etabliert sind, und die in einer personalorientierten Struktur, wie sie die Psych-PV vorgibt, nicht berücksichtigt werden können. Deshalb begrüßt die Bundespsychotherapeutenkammer ausdrücklich, dass die Bundesregierung ein leistungsorientiertes Vergütungssystem anstrebt. Heute würde man versuchen, die Behandlungsziele und -mittel, das heißt die diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen, anhand der Erkenntnisse evidenzbasierter Medizin und evidenzbasierter Leitlinien zu beschreiben. Diesen Ansatz gab es vor über 20 Jahren nur andeutungsweise und schon gar nicht auf dem heutigen Niveau. So wird beispielsweise in der Psych-PV die Zuordnung von Patienten zum Behandlungsbereich Psychotherapie an das Vorliegen einer schweren Neurose oder Persönlichkeitsstörung geknüpft. Nach heutigem Wissensstand ist die Psychotherapie jedoch bei allen psychischen Erkrankungen das Behandlungsmittel erster Wahl. Die evidenzbasierten Leitlinien für schizophrene Erkrankungen, z. B. von NICE, empfehlen mit der höchsten Empfehlungsstärke A, dass dem Patienten frühestmöglich eine Psychotherapie in Ergänzung zur Pharmakotherapie angeboten werden soll. Nach der Psych-PV ist für diese Patientengruppe jedoch keine Psychotherapie vorgesehen. Aus den wenigen verfügbaren Daten zum Leistungsgesche-

hen in der stationären Versorgung von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung wissen wir, dass diesen Patienten zumeist keine Psychotherapie angeboten wird. Hier besteht aus unserer Sicht dringender Entwicklungsbedarf. Demnächst wird die Leitlinie „Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen“ veröffentlicht. Darin wird u. a. die ambulant orientierte Versorgung mit Home Treatment und ambulanten, gemeindepsychiatrischen Teams empfohlen. Solche Behandlungsformen passen nicht in die Systematik der Psych-PV. Sie können auch nicht passen. Denn mit Ausnahme der tagesklinischen Behandlung hat die Psych-PV eine eindeutig stationäre Orientierung. Für die Kliniken ist es ausgesprochen schwierig, sich hiervon zu lösen, da der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die Zuordnung der Patienten zu den Behandlungsbereichen und auf dieser Basis die adäquate Umsetzung der Psych-PV und ihre Berücksichtigung bei den Budgetverhandlungen prüft. Zudem ist für ambulant orientierte Behandlungsformen ein anderes Personal-Portfolio erforderlich als für stationäre Behandlungsformen. Zusammenfassend kann man festhalten, dass die Psych-PV den Personalschlüssel anhand klinisch abgeleiteter Tätigkeitsprofile, jedoch ohne Berücksichtigung der Evidenzlage bzw. der Leitlinien festlegt. Sie erschwert eine ambulante Orientierung der Krankenhäuser und behindert damit zusätzlich die Umsetzung der Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien. Vor diesem Hintergrund erscheint die Vorgabe des Gesetzentwurfs zum neuen Psych-Entgeltgesetz ergänzungsbedürftig. Wir empfehlen, den G-BA zu beauftragen, die Strukturqualität nicht nur am aktuellen Stand der Psych-PV, sondern auch explizit am aktuellen Stand der evidenzbasierten Erkenntnisse und Leitlinien zu orientieren.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine ersten Fragen gehen an den GKV-Spitzenverband, den PKV-Verband und die DKG. Wie bewerten Sie die durch

den Gesetzentwurf erweiterten Möglichkeiten zur Durchführung von Modellvorhaben sowie die Ermächtigung von psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen zur institutsambulanten Behandlung? Wie beurteilen Sie die Forderung, dass psychiatrische Krankenhäuser und Fachabteilungen verstärkt die Möglichkeit erhalten sollen, Leistungen auch außerhalb des stationären Bereichs zu erbringen? Eine zweite Frage geht an die Bundespsychotherapeutenkammer und die Einzelsachverständige Frau Dr. Munk. Die sektorübergreifende Versorgung ist für psychisch kranke Menschen von besonderer Bedeutung. Der Gesetzentwurf sieht deshalb vor, die Qualitätssicherung im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen von Beginn an sektorübergreifend auszurichten. Wie beurteilen Sie diese Weichenstellung?

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen die Einbeziehung von Modellprojekten in den gesamten Entwicklungsprozess. Dies geht über den InEK-Prozess hinaus, denn es werden Modelle außerhalb des Vergütungssystems durch Datenlieferungen an das InEK einbezogen. Ich glaube, das ist eine vernünftige Reaktion auf die Entwicklung in der integrierten Versorgung. Bei der integrierten Versorgung hatten wir 5.000 Versuche. Der Zuwachs an versorgungspolitischen Wissen bewegt sich allerdings in der Größenordnung von null, weil an keiner Stelle Daten gesammelt und Veränderungen registriert und ausgewertet werden. Dies ist in dem hier vorgelegten Versuch explizit anders. Das begrüßen wir ausdrücklich. Es stellt sich noch die Frage, ob nur kassenartenübergreifende Modelle zugelassen werden sollen. Diese Forderung wurde von verschiedenen Seiten erhoben. Wir halten dies aber für keinen guten Weg, weil dann ein Einzelner ein Modellprojekt mit einer Art Vetokompetenz stoppen kann. Wenn man wirklich viele Modellprojekte will, dann muss man auch die kassenspezifischen Modelle zulassen.

SV Prof. Dr. Jürgen Fritze (PKV): Wir begrüßen dies ebenfalls. Wir begrüßen auch, dass die private Krankenversicherung als Partner in die Modellprojekte einbezogen werden soll. Ich unterstütze auch die Einwände von Dr. Leber. Würde man die Modellprojekte nur gemeinsam und einheitlich durchführen, würde dies letztlich in den Mühlen der Bürokratie versanden. Im Entwurf ist zwar nicht ausgeschlossen, dass einzelne Kostenträger beginnen und andere beitreten können. Es wäre aber sinnvoll, bereits im Gesetz ein Beitrittsrecht weiterer Kostenträger zuzulassen.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Auch wir begrüßen, dass es Modellvorhaben geben wird. Denn man muss sehen, dass ein Zwangsentsgeltssystem für die spezifischen Interventionen etabliert wird. Für die Akteure vor Ort wird dadurch die Möglichkeit eröffnet, sich aus diesem Zwangsvergütungssystem zu befreien. Sie können bestehende, sinnvolle, in der Region praktizierte und auch häuserübergreifende Modellmaßnahmen oder regionale Budgets weiter fortführen. Deshalb sind die Modellmaßnahmen wichtig. Sie erlauben es, bestehende andere Formen weiter zu betreiben und andere Versorgungsstrukturen, trotz des vorgegebenen Vergütungssystems, zu entwickeln. Das ist wichtig. Es geht weniger um Experimente bzw. um andere Entgeltsysteme, sondern um die Entwicklung anderer Versorgungsformen. Dies wird durch die Modellvorhaben ermöglicht. Die Öffnung der psychosomatischen Institutsambulanzen halten wir grundsätzlich für sinnvoll. Institutsambulanzen ermöglichen einen leichteren Transfer von der stationären in die ambulante bzw. ambulantaufnahe medizinische Versorgung. Die Frage, ob es sinnvoll ist, psychiatrischen Einrichtungen weitere ambulante Behandlungsmöglichkeiten zu erlauben, stellt sich nicht, weil Institutsambulanzen nun auch für psychosomatisch erkrankte Patienten geöffnet sind. Psychiatrische Kliniken nehmen auch an der regionalen Pflichtversorgung teil. Hier ist es wichtig und hoffentlich möglich,

auch institutionell erweiterte Mitwirkungsmöglichkeiten zu schaffen. Wir würden uns allerdings wünschen, dass die Arbeiten in den regionalen Pflichtversorgungen im Gesetz klar definiert und für die Verhandlungen mit den Kostenträgern abgesichert werden.

SV Prof. Dr. Rainer Richter (Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)): Auch wir begrüßen die angestrebte sektorübergreifende Qualitätssicherung. Zum Thema Fehlanreize möchte ich noch ergänzen, dass bei einem leistungsorientierten Vergütungssystem eine Qualitätssicherung erforderlich ist, um u. a. Fehlanreize zu vermeiden. Deswegen ist es geradezu notwendig, eine Qualitätssicherung einzubinden, die wegen der besonderen Anforderungen in diesem Bereich sektorübergreifend sein muss. Wir betonen aber auch, dass im nächsten Schritt sektorübergreifende Indikatorensets mit Qualitätsindikatoren für die Vorgaben des G-BA entwickelt werden müssen. Eine belastbare Analyse der Entwicklung der Versorgungsqualität, gerade im Bereich der Versorgung psychisch Kranker, wird nur möglich sein, wenn es Qualitätsindikatoren gibt und diese zwischen den Einrichtungen vergleichbar erhoben werden können. Als Ergänzung empfehlen wir, Patientenperspektive und insbesondere Patientenzufriedenheit zu berücksichtigen. Deshalb sollte im Gesetzentwurf ergänzt werden, dass bei der Auswahl und der Entwicklung der Qualitätsindikatoren bzw. bei der Festlegung der Relevanz und der Aussagekraft – das ist ein intensiv diskutiertes Thema in den Psychofächern –, die Perspektive der Patienten zu berücksichtigen ist. Wir begrüßen auch die im Gesetzentwurf vorgesehenen Modellvorhaben. In diesen Modellvorhaben können neue Erfahrungen der Versorgung und Verbesserungen überprüft werden. Dies erfordert aber zwingend eine Datenerhebung und Datenübermittlung. Der Prozess der Datenerhebung und der Beschreibung der zu erhebenden Daten, muss vereinheitlicht sein. Damit dieser Prozess, mit dem sich die Selbstverwal-

tungspartner beschäftigen werden, zügig vorgeht, muss eine gesetzliche Frist bis zum 31.12.2012 gesetzt werden. Denn nur so kann man sicher sein, dass Daten rechtzeitig und möglichst sektorübergreifend erhoben werden.

Sve Dr. Ingrid Munk: Zur sektorenübergreifenden Versorgung und zur Qualitätssicherung kann ich aus der Praxis berichten, dass wir eine sektorenübergreifende Versorgung sehr begrüßen. Sie hilft die klassische Grenze zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu überwinden. Diese steht uns im Alltag teilweise, auch durch das Vergütungssystem getriggert, im Weg. Der Gesetzentwurf sieht zwar eine Veränderung der Vergütung, nicht aber eine Veränderung der starren Sektorengrenzen vor. Diese Veränderung ist auf die sektorenübergreifend arbeitenden Modellprojekte begrenzt. Das ist zwar ebenfalls zu begrüßen, aber ich finde, wenn wir uns Gedanken über die Entwicklung der Psychiatrie in die Richtung einer sektorenübergreifenden Versorgung machen, wäre es wichtig, zu überlegen, ob man diesem Ansatz nicht ein größeres Gewicht als das eines Modellprojektes geben sollte. Es stellt sich die Frage, ob dies nicht in die Regelversorgung einfließen kann. Eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung halte ich für absolut notwendig und sinnvoll, vor allem vor dem Hintergrund einer sektorenübergreifend orientierten Versorgung. Ich bin der Auffassung, dass wir in der Psychiatrie vom reinen Fallbezug zu einer Sicht auf den Patienten im längeren Zeitverlauf kommen müssen: Wie ist die Entwicklung dieses Patienten, und was braucht der Patient? Das heißt, wir müssen patientenzentriert arbeiten. Die Krankheits- bzw. die Behandlungsverläufe sind schlecht standardisierbar. Deswegen ist es wichtig, Patienten über die Sektorengrenzen hinweg zu verfolgen. Der Auftrag, die Qualitätssicherung vor diesem Hintergrund zu entwickeln, ist absolut zu begrüßen. Wichtig ist auch, dass die Qualitätssicherung insbesondere die Patienten- und Angehörigenperspektive berücksichtigt.

Patienten und Angehörigenvertreter müssen bereits zu Beginn einbezogen werden. In der Psychiatrie haben wir in den letzten Jahren den so genannten dialogischen Ansatz, der uns neue Einblicke und Optionen für die Behandlung von Patienten ermöglicht, schätzen gelernt.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Meine Frage geht an den Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern, an ver.di und an die Bundespsychotherapeutenkammer. Weiter frage ich den Einzelsachverständigen Prof. Kruckenberg sowie die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ich hätte gerne von Ihnen eine Einschätzung, ob mit dem vorgelegten Psych-Entgeltgesetz eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen erzielt werden kann und insbesondere, ob durch die sektorenübergreifende Versorgungsstruktur dieses Ziel erreicht werden kann.

SV Prof. Dr. med. Arno Deister (Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA)): Wir finden es sehr gut und unterstützen es auch, dass für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ein eigenständiges, durchgängiges, leistungsorientiertes System entwickelt wird. Allerdings gibt es gute Gründe dafür, dieses System und den Bereich der Psychiatrie nicht einfach in das DRG-System für die somatische Fächer aufzunehmen. Der entscheidende Grund ist, dass es wichtig ist, die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen entsprechend zu berücksichtigen. Dabei geht es um die Flexibilität der Behandlung, um die Frage ambulant vor stationär und um den langfristigen Patienten- und Therapeutenbezug. Das heißt, die sektorenübergreifende Versorgung muss im Mittelpunkt der Überlegungen stehen. Wir wünschen uns, über die Neuverteilung der

Finanzen hinaus, eine Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung. Wir glauben, dass bei diesem Gesetz Nachbesserungsbedarf besteht, der nicht alleine durch die Modellprojekte abgedeckt ist. Die Modellprojekte sind eine Möglichkeit, das zu zeigen. Wir meinen aber, dass sie ein wesentlicher Teil des lernenden Systems sein müssen. Denn damit kann man Daten erheben, die für ein wirklich zukunftsfähiges System wichtig sind. Es müssen in diesem System die richtigen Anreize gesetzt werden, um – verkürzt formuliert – das Geld vom Bett zu lösen. Es darf nicht nur der Anreiz bestehen, die stationäre Versorgung zu steigern. Die Behandlung muss stärker patientenbezogen sein. Das heißt, mehr tagesklinische und ambulante Versorgung, und das muss sich im Ergebnis dann auch rechnen.

SV Dr. Gerhard Hildenbrand (CPKA Chefarztkonferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen): Wir begrüßen das neue Entgeltsystem, weil es den psychosomatischen Kliniken eine sektorübergreifende Versorgung und die Einrichtung psychosomatischer Institutsambulanzen ermöglicht. Dass durch diese Institutsambulanzen stationäre und teilstationäre Behandlungsverläufe verkürzt werden können und die gerade angesprochene Kontinuität der Versorgung in psychosomatischen Kliniken ermöglicht wird, ist ein wichtiger Fortschritt in dem neuen Entgeltsystem. Grundsätzlich sollte dabei die Durchgängigkeit im Gesetzgebungsverfahren gewahrt bleiben. Es gibt einen Unterschied zwischen Kabinetts- und Referentenentwurf. Im vorliegenden Entwurf ist der Bezug zum Absatz 1 Institutsambulanzen weggefallen. Das ist aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar. Wir würden uns wünschen, dass der Gesetzentwurf die Gleichbehandlung der Gebiete, so wie sie im Rahmengesetz auch vorgesehen ist, wieder herstellt. Ansonsten begrüßen wir die Modellvorhaben und insbesondere die wissenschaftliche Begleitforschung. Durch diese kann deutlich werden, welche ergänzenden Versor-

gungsmodelle zu jenem, welches das Entgeltsystem bereits für psychosomatische Kliniken vorsieht, noch möglich und sinnvoll sind. Wichtig ist uns, dass im weiteren Entwicklungsprozess der Tages- und Leistungsbezug des Entgeltsystems erhalten bleibt und kein Fallbezug eingeführt wird. Denn alle Psych-Fächer sind sich darüber einig, dass der Fallbezug kein geeigneter Finanzierungsbezug für die Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen ist.

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Bei der Frage, was eine psychiatrische Versorgung leisten muss, kann ich insbesondere Prof. Deister zustimmen. Wir sehen bei der Vernetzung und Integration den Schwachpunkt des Gesetzes. Denn der 2009 mit dem KHRG erteilte Prüfauftrag wird nur sehr unzureichend aufgegriffen und umgesetzt. Geschieht dies aber nicht, wirft das die Versorgung psychisch Kranker meilenweit zurück. Wir haben, anders als im Bereich der somatischen Versorgung, sehr viele individuelle Krankheitsverläufe, die die Familie, die Arbeitssituation oder den Wohnort einbeziehen und die von den Behandlungsmöglichkeiten vor Ort abhängig sind. Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hat bereits 2009 einen Wechsel von der traditionellen anbieter- und sektorenorientierten Versorgung zu einem sektorenübergreifenden Versorgungssystem angemahnt. Das wird aber im Gesetzentwurf kaum aufgegriffen. Pauschalen, die auf den stationären Bereich beschränkt sind, hemmen die Entwicklung hin zu einem integrierten Versorgungssystem. Die Anpassung an neue Entwicklungen muss gewährleistet sein. Bei einem neuen Gesetz muss im Vordergrund stehen, dass die psychiatrischen Krankenhäuser auch beim Ausbau integrierter, gemeindenaher und personenzentrierter Angebote eine wichtige Rolle übernehmen. Gute Versorgung darf es nicht nur in Modellprojekten geben. Im psychiatrischen Bereich gibt es eine Reihe von Modellprojekten, die aber nur unzureichend aufgegriffen wurden.

SV Prof. Dr. Rainer Richter (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Die Frage, ob durch das Gesetz die Versorgung verbessert werden kann, kann nicht abschließende beantwortet werden. So genau kann keine Prognose sein. Man kann nur die Chancen abklären und feststellen, ob das Gesetz überhaupt die Möglichkeit zu einer Verbesserung bietet. Die Bundespsychotherapeutenkammer ist der Meinung, dass das Gesetz die Möglichkeiten schafft, tatsächlich eine leistungsorientierte Vergütung und eine deutlich höhere Transparenz des Leistungsgeschehens zu erreichen. Hier liegt das jetzige System im Argen, da die Psych-PV dies nicht vorsieht. Das führt dazu, dass ein psychisch erkrankter Patient in ein Krankenhaus eingewiesen wird oder sich selbst dorthin begibt, ohne Informationen darüber zu haben, was ihn im Krankenhaus erwartet. Er weiß z. B. nicht, wie viel Psychotherapie er im Durchschnitt erhält. Im Vergleich zum somatischen Bereich besteht hier ein erheblicher Unterschied. Das Gesetz schafft zumindest die Voraussetzungen hierzu und zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung Daten zu erhalten. Prof. Deister hat bereits implizit einen wichtigen Qualitätsindikator erwähnt. Die konstante therapeutische Beziehung zur ambulanten und stationären Behandlung ist mit Sicherheit ein ganz wichtiger Qualitätsindikator. Dazu könnten nun erstmalig Daten erhoben werden. Das gleiche gilt für die sektorenübergreifende Versorgung. Die Möglichkeiten sind nicht nur über die Modellversuche, sondern durch das Gesetz selber vorhanden. Wir können erstmalig anhand von Daten überprüfen, ob das Ziel einer sektorenübergreifenden Versorgung tatsächlich erreicht worden ist. Das ist ein großer Schritt in die richtige Richtung.

SV Prof. Dr. Peter Kruckenberg: „You must be cruel to be kind“, heißt es bei Hamlet. Ich stimme weitestgehend nicht mit den Ausführungen der organisatorischen Verwaltungsebene überein. Falls dieses Gesetz unverändert verabschiedet wird, wird die Versorgung schlechter und

die daraus resultierenden Kosten werden nachhaltig steigen. Das hängt damit zusammen, dass die wirklichen Bedarfe von schwer psychisch Kranken, um die es hauptsächlich geht, im Vergleich zu den psychosomatischen Patienten, die relativ angepasst und eher strukturiert zu behandeln sind, anders sind. Schwer psychisch Kranke benötigen eine sehr individuelle therapeutische Begleitung. Es ist internationaler Standard, als Therapie einen personenzentrierten Ansatz zu wählen, der sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich kontinuierlich und das Lebensumfeld einbeziehen soll. Dieser Ansatz benötigt andere Versorgungsformen als die weitgehend vorstrukturierten Behandlungen, beispielsweise bei einem Beinbruch oder einem Herzinfarkt. Ich habe mich gefreut, dass die NICE-Leitlinien zur Behandlung schizophrener Patienten erwähnt wurden. Hierzu benötigt man eine angemessene Personalsituation als einen wesentlichen Strukturqualitätsindikator. Die Psych-PV wurde bisher nur zum Teil umgesetzt. In vielen Krankenhäusern gab es dramatische Einbrüche auf unter 80 Prozent, während bei einigen anderen Krankenhäusern 100 Prozent erreicht wurden. Es gibt aber keine Kontrolle oder Meldepflicht. Die Tendenz der Krankenkassen, den Pflegesatz niedrig zu halten und die der Krankenhäuser in die Somatik quer zu subventionieren, ist zwar häufig, darf aber auf Dauer nicht so bleiben. Dies ist im vorliegenden Gesetz vorgeschrieben, wird aber durch die weiterhin bestehende Tarifschere und durch den Abbau bei Leistungsverminderung sogar noch verschlechtert. Dieser Zustand muss beendet werden, und das können Sie auch leicht ändern. Der zweite Punkt ist die Begleitung durch die Selbstverwaltung und die Institute bei der Tagesentgeltmittlung. Tagesentgelte sind vernünftig. Allerdings gibt es Probleme, da auch einige Monate, bevor es losgeht, keine Übersicht über die Relativgewichte existiert. Infolgedessen können sich die Krankenhäuser nicht darauf einstellen. Die umfassende OPS-Dokumentation, die sich als unsinnig erwiesen hat, wird immer noch fortgeführt. Die Aufträge zu den

Prüfaufträgen der Modellerprobungen wurden noch nicht formuliert. In drei Jahren wurde praktisch nichts vorgearbeitet, um die Weiterentwicklung der Versorgung, wie sie im KHRG angedacht wurde, auf den Weg zu bringen. Dasselbe gilt für die Begleitforschung. Dies ist nicht nur meine Privatmeinung, diese Auffassung wird von den unterschiedlichsten Verbänden und Einrichtungen unterstützt. Man muss etwas ändern. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens kann immer noch eine verbindliche Personalbemessung umgesetzt und die Psych-PV realisiert werden. Später kann dann ein Mindestpersonalstandard für die Tagesentgelte festgelegt werden. Das ist nicht schwierig, muss aber im Gesetz festgeschrieben werden, da sich ansonsten die beteiligten Krankenkassen und Krankenhäuser wieder an den psychisch Kranken bedienen werden. Eine angemessene Personalausstattung ist eine der Kernvoraussetzungen. Dann muss man den sehr sinnvollen Ansatz der Modellerprobungen vom Kopf auf die Füße stellen. Ich denke, man benötigt in Zusammenarbeit mit den Ländern ein Bundesmodellprogramm. Auch dies ist nicht schwierig, gesetzlich festzulegen. Es gibt noch weitere Punkte, die ich ansprechen möchte: Der Prozess der Weiterentwicklung des Versorgungssystems kann nicht den Verwaltungen überlassen werden, da dies vor dem Hintergrund unserer Geschichte eine politische Aufgabe ist. Das sehr gute Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurde in den letzten drei Jahren schlecht umgesetzt und der Kabinetentwurf ist ein Rückschritt gegenüber dem KHRG. Jetzt müssen Sie dafür sorgen, dass es zu einer vernünftigen Entwicklung kommt. Erstens muss in drei Jahren, noch vor Beginn der Konvergenzphase, durch die Vieles festgeschrieben wird, eine Zwischenbilanz vorgelegt werden. Zweitens muss zur fachlichen Begleitung des Prozesses eine unabhängige Expertenkommission berufen werden. Dadurch wird dann nicht nur über die Einführung der Entgelte geredet, sondern unter Beteiligung von Angehörigen, Psychiatrieerfahrenen und internationalen Fachleuten – in Großbritannien hat

man durchaus einiges zu bieten – diskutiert. Die Expertenkommission zum Bundesmodellprogramm Ende der achtziger Jahre könnte hier Vorbild sein. Die Kommission wurde damals von der APK moderiert. Durch die Expertenkommission und die Zwischenbilanz in zwei bis drei Jahren – Ende 2015 wäre ein guter Termin – kann es zu einem vernünftig begleiteten und transparenten Prozess kommen. Im Augenblick haben wir in der Versorgung psychisch kranker Menschen eine geringe Transparenz. Die Tendenz, mittels Modellen aus der Somatik das Psychiatriesystem von außen verwaltungsmäßig zu bestimmen, ist sehr groß. Da es in den letzten Wochen des Jahres 2008 gelungen ist, aus einem Referentenentwurf ein gutes Krankenhausfinanzierungsreformgesetz zu machen, bin ich optimistisch, dass dies auch bei diesem Gesetz gelingen wird.

SV Prof. Dr. Jörg. M. Fegert (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)): Ich kann mich in vielem Prof. Kruckenberg anschließen, muss aber betonen, dass Kinder und Jugendliche besonders veränderungssensibel sind. Wir haben glücklicherweise relativ wenig psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Bestimmte Ideen im Gesetzentwurf könnten in der geplanten Form bei Kindern und Jugendlichen vielleicht nicht funktionieren. Die Intention des Gesetzentwurfs ist glaubhaft. Man will durch Leistungsbezug und eine sektorenübergreifende Versorgung eine Versorgungsverbesserung erreichen. Beides sind wichtige Punkte. Ich habe aber Bedenken, denn bereits heute haben wir in der Psych-PV für die Kinder- und Jugendpsychiatrie die höchsten Personalschlüssel, weil Kinder eine ihrer Altersgruppe entsprechende Aufsicht benötigen. Wenn ein leistungsgerechtes System geschaffen werden soll, müssen die am aufwendigsten zu betreuenden Patienten natürlich die meiste Personalausstattung erhalten. Das heißt, wenn man den riskanten Prozess einer Systementwicklungskonvergenz beginnt, sind bestimmte Sicherheiten erforderlich. Ich

halte es deshalb für unabdingbar, dass zunächst die Personalsituation gesichert und auch kontrolliert wird. Empfehlungen des G-BA genügen nicht, weil wir wissen, was mit den bisherigen Empfehlungen geschehen ist. Es geht um ein wirklich kontrollierbares, transparentes System und um den Erhalt der Personalausstattung. Diese ist für die Kinder und für die Qualität, die bei den Kindern ankommt, wichtig. Die sektorenübergreifende Versorgung predigen wir seit Urzeiten. Ich habe als Zivildienstleistender in einem Home-Treatment-Projekt in der Kinderpsychiatrie angefangen. Wenn man sektorenübergreifend sagt, dann muss man sich fragen – da bin ich bei Frau Dr. Munk –, weshalb dies nur in Modellen umgesetzt wird. Wir haben sogar in den OPS eine Formulierung zur Behandlung im familiären Milieu, aber wir regeln im SGB V immer noch das um Mitternacht belegte Krankenhausbett als die Grundwährung. Wenn wir sektorenübergreifende Behandlung wollen, müssen wir § 39 SGB V ändern und das um Mitternacht belegte Bett als Grundlage abschaffen und die leistungsgerechte Vergütung als Maßstab nehmen. Modellprojekte sind im Prinzip sehr gut. Es wurde aber bereits von Seiten der Krankenhäuser angesprochen, dass es sich in diesem Fall hauptsächlich um eine Bestandswahrungsmaßnahme handelt, damit bestehende gute Modelle weitergeführt werden können. Das ist keine wirkliche Innovation. Eine wirkliche Innovation wäre eine Änderung des SGB V. Die bisher bestehenden Modelle finden sich nicht in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bundesweit gibt es nur ein einziges Modell in der Kinderpsychiatrie. Das liegt daran, dass es für diese Patientenzahl, in teilweise größeren Versorgungsgebieten, nicht lohnenswert ist, solche Verträge auszuhandeln. Wenn Sie nun zusätzlich kassenspezifische Verträge zulassen, bedeutet dies im Kinderbereich den sicheren Tod für jedes Modell. Wir benötigen eine sektorenübergreifende Erprobung – hier stimme ich mit den niedergelassenen Kollegen überein. Allerdings muss die sektorenübergreifende Erprobung im Rahmen von Modellprojekten vorge-

schrieben werden und es muss sichergestellt sein, dass in jedem Bundesland die Erprobung auch im Kinder- und Jugendbereich erfolgt, weil die Ergebnisse bei Erwachsenen nicht automatisch auf Kinder und Jugendliche übertragen werden können. Diese sind eben keine kleinen Erwachsenen. Gerade wurde festgestellt, dass man keine DRG will. Sie werden aber im Prinzip durch die Hintertür, durch die erkrankungstypischen Behandlungszeiten sowie durch die Zu- und Abschläge eingeführt. Das ist empirischer Unsinn und trifft nicht nur die Kinder und Jugendlichen, sondern auch die Erwachsenen. Wir benötigen wirklich relevante Qualifier. Zum Beispiel haben wir in den letzten zwei Jahren intensiv über Misshandlung, Missbrauch usw. diskutiert. Kinder mit einer Depression, die misshandelt werden oder eine lange Erfahrung von Missbrauch in der Familie haben, sind schwieriger zu behandeln. Dies könnten Kostentrenner sein. Empirisch relevante Kostentrenner, wie der Schweregrad und Belastungsfaktoren, müssten erfasst werden. Zum Schluss komme ich noch zu dem Punkt, dass Fallzahlsteigerungen sanktioniert werden sollen. Technisch wird dies in § 10 Absatz 2 Bundespflegegesetzverordnung durch den Landesbasisentgeltwert geregelt. Durch den KiGGS-Survey ist dokumentiert, dass es in manchen Gebieten eine drastische Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen gibt. In einer solchen Situation können wir für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht akzeptieren, dass der Aufbau der notwendigen Leistungserbringung sanktioniert wird. Auch das weckt meine Bedenken bezüglich der Intention des Gesetzentwurfs. All dies kann, da schließe ich mich Prof. Kruckenberg an, im Prinzip noch verbessert werden. Wichtig scheint mir, dass man Evidenz und Kontrolle für verschiedene Schritte schafft. Das InEK meint, dass wir dieses und jenes haben – wir haben aber deswegen Bedenken. Wir sollten innehalten und uns in der Prozessphase, bevor wir in die Konvergenzphase einsteigen, die erhobenen Daten ansehen.

Abg. **Dr. Erwin Lotter** (FDP): Meine Frage geht an den Sachverständigen Herrn Ernst. Es interessiert mich, wie Sie die Ausgestaltung des § 17 im vorliegenden Regierungsentwurf bewerten.

SV Roman Ernst: Der MDK in Hessen hat in den vergangenen 15 Jahren sehr viel Erfahrungen in dem Bereich der Psychiatrie und vor allem der stationären Psychiatrie gesammelt. Denn im Auftrag der Landesverbände der Krankenkassen wird jährlich in einem so genannten Evaluationsprojekt die Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV in allen hessischen Kliniken der Erwachsenen- sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie überprüft. Die Ergebnisse fließen in Gutachten ein, die mit den Kliniken im Rahmen der Budgetverhandlungen erörtert werden. Das ist der Erfahrungshintergrund, auf dessen Basis wir den Gesetzentwurf einzuschätzen versuchen. Generell unterstützen wir die Zielsetzung des Gesetzes. Das wäre erstens, dass die Leistungstransparenz in der Vergütung zum Ausdruck kommen soll. Die Vergütung soll künftig leistungsbezogen sein, was bisher nicht der Fall war. Bisher gab es in der Psychiatrie lediglich tagesgleiche Pflegesätze. Das Zweite ist die Vergütungsgerechtigkeit, die hergestellt werden soll. Bisher gab es für eine im Grunde vergleichbare Leistungsstruktur unterschiedliche Pflegesätze. Dies ist letztlich unter dem Begriff Konvergenz zu verstehen. Des Weiteren berücksichtigt der Gesetzentwurf nicht nur Aspekte eines Vergütungssystems, sondern auch die Qualität der Behandlung, das kommt z. B. in dem Auftrag an den G-BA zum Ausdruck, und insbesondere die Weiterentwicklung leistungssektorenübergreifender Versorgungsstrukturen, wie das in den Modellvorhaben nach § 64 SGB V vorgesehen ist. Der Weg ist im Gesetzentwurf als lernender Prozess beschrieben. Das drückt sich dadurch aus, dass z. B. bis 2017 die leistungsbezogene Budgetermittlung wie bisher durchgeführt wird und parallel ein neues Refinanzierungssystem getestet wird. Dies ist insgesamt ebenso zu begrüßen wie der baldige Start in ein neues

System. Bei der Ausgestaltung dieses Prozesses erscheinen uns drei Aspekte besonders wichtig: Das ist erstens die Wahl des Vergütungssystems, das heißt, die Wahl zwischen einem Preis-Mengen-System und einem Budgetsystem. Hier hat sich der Gesetzgeber zunächst für das Mengensystem entschieden. Wir geben zu bedenken, dass die Fehlanreize des bisherigen Vergütungssystems bestehen bleiben. In einem Budgetsystem, insbesondere in einem leistungssektorenübergreifenden System gibt es diese Fehlanreize nicht. Diese Forderung findet man auch für den DRG-Bereich im Krankenhaus-Rating des RWI von 2011. Auch hier sollten ergebnisoffene Lernprozesse möglich sein, die kontinuierlich und nicht erst in zehn Jahren in das lernende System einfließen. Der zweite Aspekt ist, dass es im Rahmen der Budgetermittlung einen Leistungsbezug in der Psychiatrie gibt, im Übrigen deutlich länger als in der Somatik, der in der Diskussion immer mehr in den Hintergrund tritt. Die Psych-PV definiert seit 20 Jahren den Personalbedarf in Abhängigkeit von empirisch ermitteltem Behandlungsbedarf. Leider kommt dieser Leistungsbezug in der Vergütung wegen der tagesgleichen Pflegesätze nicht mehr zur Geltung. Dies bedeutet aber nicht, dass man die Psych-PV abschaffen muss. Sie kann aus unserer Sicht der Ausgangspunkt für eine transparente und gerechte, tagesbezogene Vergütung sein. Der dritte Aspekt ist, dass aus unserer Sicht Standards bei der Personalbemessung im Interesse der Patienten erforderlich sind. An dieser Stelle müsste eigentlich auch das Thema Quersubventionierung diskutiert werden. Die Qualität in der Psychiatrie drückt sich nicht nur im Wettbewerb der verschiedenen Leistungsanbieter um den Patienten aus. Durch ihren regionalen Bezug bei der Wahrnehmung zugewiesener hoheitlicher Aufgaben, also der Behandlung des Patienten auch gegen seinen Willen bei Selbst- und Fremdgefährdung, haben psychiatrische Einrichtungen ein Quasimonopol – ein Alleinstellungsmerkmal für ihre Versorgungsregion. Dies zeigt sich empirisch darin, dass rund 85 bis 95 Prozent der Patienten einer Klinik aus dem der Klinik

zugewiesenen Pflichtversorgungsgebiet stammen. Das gilt zumindest in Hessen auch für die Ballungszentren. Hier ist weiterhin der Gesetzgeber gefordert, wie es der G-BA in seiner Stellungnahme bezüglich der Personalanhaltzahlen zum Ausdruck bringt. Es kann aus unserer Sicht also nicht darum gehen, die Psych-PV abzuschaffen, sondern sie weiterzuentwickeln. Ähnlich wie bei der Entwicklung der Psych-PV halten wir eine Expertenkommission für sinnvoll. Die Einführung der Psych-PV vor 20 Jahren gewährleistete die Entwicklung der Psychiatrie weg von der Verwahrspsychiatrie hin zu einer Behandlungspsychiatrie. Unter anderem war mit der Psych-PV die Endhospitalisierung von Patienten verbunden. Darüber hinaus hat sich mit den in der Psych-PV verankerten Vorgaben, Normen und Standards die stationäre Psychiatrie kontinuierlich weiterentwickelt. Vielfach werden heute indikationsbezogene, differenzierte Behandlungsprogramme für die verschiedenen Krankheitsbilder angeboten. Es ist aus unserer Sicht darauf zu achten, dass in der Behandlung psychisch Kranker Erreichtes nicht aufs Spiel gesetzt wird. Diese Gefahr besteht, wenn der Fokus einseitig auf dem Vergütungssystem liegt und die Versorgungsstruktur ausgeblendet wird.

Abg. **Dr. Erwin Lotter** (FDP): Meine nächste Frage geht an das InEK. Kann man von einer fristgerechten und erfolgreichen Kalkulation des Psychentgelt-Systems ausgehen?

SV **Dr. Frank Heimig** (InEK GmbH, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus): Die Frage wurde so ähnlich schon gestellt, das gibt mir Gelegenheit, etwas klarzustellen. Wenn wir „meinen“ sagen und vorsichtig formulieren, ist das nicht der Konjunktiv oder nur eine ungefähre Angabe, sondern es ist der Ausdruck einer professionellen Zurückhaltung. Es ist so, dass wir die Daten erst jetzt erhalten. Wenn Sie mich in drei Monaten nochmals fragen, kann ich Ihnen genau sagen, wie

viel wir haben, wie viel wir ermittelt haben, was wie viel kostet und wie viele Klassen entstehen werden. Nach den Daten von etwa 65 Krankenhäusern mit über 150.000 von 800.000 Fällen in Deutschland, die uns derzeit zur Verfügung stehen, wird uns ein für die Einführung des Optionsjahres robustes System zur Beschreibung von leistungsunterschiedlichen Klassen gelingen.

Abg. **Dr. Erwin Lotter** (FDP): Meine nächste Frage richte ich an den DGPPN und an Frau Dr. Hauth. Der Gesetzentwurf sieht die Entwicklung eines neuen Psychentgelt-Systems auf der Basis von Tagespauschalen vor. Sie betonen in Ihren Stellungnahmen, dass ein Fallpauschalensystem analog der Somatik für die Psychiatrie ungeeignet ist. Können Sie kurz erläutern, welche Unterschiede zur Somatik bestehen, und warum ein Fallpauschalensystem ungeeignet ist?

SVe **Dr. Iris Hauth** (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)): Zunächst sind wir froh, dass im Gesetzentwurf Tagespauschalen betont werden. Auch die Kalkulation ist tagespauschalengerichtet. Es gibt aber auch einen Prüfauftrag, der aber von den Experten anders gemeint war. Der Prüfauftrag sollte sich nämlich auf die Personenzentrierung richten. Allerdings wird der Prüfauftrag, so wie der Gesetzentwurf es andeutet, in Richtung Fallpauschalen weiter verfolgt werden. In diesem Kontext müssen wir deutlich sagen, dass es weltweit nicht gelungen ist, ein Fallpauschalensystem für die Psychiatrie und für psychische Erkrankungen zu etablieren. Die USA haben es in den 1980er und 1990er Jahren zwar versucht, den Versuch aber wieder eingestellt. Auch in Österreich und Ungarn ist man nicht viel weiter gekommen. Das liegt daran, dass die Verläufe von psychischen Erkrankungen sehr unterschiedlich sind und dass die Diagnosen nichts über den Aufwand und die Krankheitsverläufe aussagen. Es gibt depressive Episoden, die nur

sehr kurz sind und eine Krisenintervention von wenigen Tagen erfordern, und es gibt depressive Erkrankungen, die eine mehrmonatige Behandlung benötigen. Deshalb lassen sich nur schlecht Durchschnittswerte bilden. Natürlich ist der Behandlungsaufwand von der Chronifizierung, den funktionellen Beeinträchtigungen, der psychischen und körperlichen Komorbidität sowie vom Versorgungsnetzwerk abhängig. Insofern sind Zu- und Abschläge für die Unter- oder Überschreitung von typischen Verweildauern nicht gerechtfertigt. Die Idee des DRG-Systems war, die Verweildauern und die Bettenzahl zu reduzieren. In der Psychiatrie ist man auf Grund der Psych-PV in diesem Bereich bereits in Vorlage getreten. Die Betten wurden in den letzten 20 Jahren um 50 Prozent reduziert. Die Verweildauer lag vor gut 15 Jahren bei über 50 Tagen und ist jetzt auf ungefähr 20 bis 21 Tage gesunken. Trotz steigender Fallzahlen und trotz vermehrter Behandlungen sind die Bettenzahl und die Verweildauern verringert worden. Es wird immer wieder betont, dass es noch Wirtschaftlichkeitsreserven gibt und die Prozesse optimiert werden könnten. Ich erinnere daran, dass die Psychiatrie und die Behandlung von psychisch Kranken keine Schnittmahnseiten sind und die Prozessoptimierung von Gesprächen und von psychischen Interventionen nur sehr bedingt möglich ist. Man kann in einem Psychotherapiegespräch nicht schneller sprechen und die Patienten verstehen auch nicht schneller. Insofern sind die Optimierungsmöglichkeiten sehr begrenzt. Im Kontext des Fallpauschalensystems ist die Pflichtversorgung problematisch. Es kam zur Reduzierung auch von kleinen Häusern und von Standorten. Wir haben in Deutschland ein sehr gutes System der Pflichtversorgung von schwerst psychisch Kranken, die selbst kein Krankenhaus aussuchen können. Die Pflichtversorgung hat sich in der Fürsorge für die schwerst psychisch Kranken bewährt. Wenn es dazu kommen sollte, dass kleinere Standorte in dem neuen System nicht mehr mithalten können, sehen wir die Pflichtversorgung gefährdet.

Abg. **Lars Lindemann** (FDP): Meine Frage richtet sich zunächst an die DKG. Nach § 10 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes soll die geltende Grundlohnrate zu gegebener Zeit durch den zu finanzierenden Anteil des Orientierungswertes bzw. Veränderungswertes abgelöst werden. Wie bewerten Sie die vom Bundesrat geforderte Einführung des vollständigen Orientierungswertes anstelle der Veränderungsrate als Obergrenze?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Die Abschaffung der Grundlohnrate war bereits vor zwei Jahren vorgesehen, wurde aber ausgesetzt. Sie soll nun durch den Kostenorientierungswert ersetzt werden. Das begrüßen die Krankenhäuser in höchstem Maße. Das Gesetz spricht von Verbesserungen für die Refinanzierung der Kosten von Krankenhäusern. Der vom Bundesrat vorgeschlagene Kostenorientierungswert beinhaltet im Unterschied zur Grundlohnrate sämtliche Kostenentwicklungen im Krankenhausbereich. Die Grundlohnrate ist nur ein Teilelement der allgemeinen Personalkostenentwicklung im Lande, während der Kostenorientierungswert die Personalkostenentwicklung im Krankenhaus, die Sach- und Arzneimittelkosten usw. zu einem Index – quasi zur Inflationsrate des Krankenhausbereiches – zusammenfasst. Für uns ist dieser Wert nicht ein automatischer Preiserhöhungswert für die Fallpauschalen, sondern weiterhin, wie die Grundlohnrate, die Obergrenze, die bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte nicht durchstoßen werden darf. Der Kostenorientierungswert bietet aber die Möglichkeit, dass bei den Verhandlungen die tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser besser als bei der Grundlohnrate eingebracht werden können. Der Ansatz, dass der Kostenorientierungswert eine Obergrenze und keine automatische Preiserhöhung ist, verdeutlicht, dass er, so wie er ermittelt wurde, den Verhandlern ins System gegeben werden muss. Die Diskussion darüber, den Kostenorientierungswert zu kürzen, um dann verhandeln zu können, verstehen wir nicht. Denn das,

was zu verhandeln wäre, muss auf der Landesebene durch Verhandlungen eingebracht werden. Insofern haben wir die gleiche Bitte wie die großen Mehrheit der Bundesländer, dass der vom statistischen Bundesamt ermittelte Kostenorientierungswert unverändert für die Verhandlungen zur Verfügung steht. Eine Reduzierung des Kostenorientierungswerts wäre nichts anderes als eine Kostendämpfungsmaßnahme und würde den Einstieg in das System des Kostenorientierungswerts von Anfang an erschweren.

Abg. **Lars Lindemann** (FDP): Meine nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband und die PKV. In § 17d KHG wurde die Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Psych-Vergütungssystem festgeschrieben. Wie wurde dies bisher von den Selbstverwaltungspartnern umgesetzt? Meine Frage beantworten Sie bitte vor dem Hintergrund, dass bei der Einführung der DRG die Leistungsverdichtung beim Personal – zumindest meines Wissen – nicht bewertet wurde. Soll dieser Bereich jetzt Gegenstand der Untersuchung sein?

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Wir haben mit der DKG intensive Gespräche zur Begleitforschung geführt und eine Art Vorstudie in Auftrag gegeben. Denn für jede Frage benötigen Sie eine entsprechende Datengrundlage. Erst dann können Sie entscheiden, ob auf Basis der vorhandenen Daten ein Erkenntnisgewinn möglich ist. Die Vorstudie befindet sich derzeit in der Abschlussphase und wir planen, so wie im Gesetz vorgesehen, danach eine europaweite Ausschreibung für die Begleitforschung durchzuführen, um pünktlich im Jahr 2014 fertig zu sein. Es gilt das Versprechen, dass es diesmal etwas zügiger geht als bei den DRG.

SV **Prof. Dr. Jürgen Fritze** (PKV): Dr. Leber hat die wesentlichen Punkte bereits genannt. Die Begleitforschung ist deshalb

von besonderer Wichtigkeit und muss im Gesetz konkretisiert werden, weil die Qualitätssicherung – das ist optimistisch – erst 2017 starten soll. Deshalb wäre es gut, im Gesetz festzuschreiben, dass vielleicht ab 2014, aber dann jährlich, soweit sich aus Routinedaten Qualitätsindikatoren ableiten lassen, diese einrichtungsspezifisch darzulegen sind.

Abg. **Lars Lindemann** (FDP): Meine nächste Frage geht zunächst an die DKG. In Ihrer Stellungnahme weisen Sie darauf hin, dass durch die Einführung der Tarifausgleichsrate für 2012 die Krankenhäuser finanziell erheblich belastet werden. Wie begründen Sie Ihre Forderung? Vom GKV-Spitzenverband möchte ich wissen, wie dieser die Forderung bewertet.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Die deutschen Krankenhäuser haben eine Million Angestellte mit Personalkosten von 47 Milliarden Euro. Durch die Tarifabschlüsse, die sich letztendlich auf alle Krankenhäuser gleich niederschlagen, steigt diese Summe um nahezu drei Prozent. Die uns zur Verfügung gestellten Preiserhöhungsmöglichkeiten sind auf ein Prozent begrenzt. Aus der Differenz ergibt sich im Personalbereich eine Kostendeckungslücke von einer Milliarde Euro. Deshalb sind wir seit Monaten Bittsteller an den Toren des Parlaments, um Hilfe in dieser für die Krankenhäuser schwierigen Situation zu erhalten. Wir sind aber hoffnungsvoll, dass Bewegung in diese Diskussion kommt.

Die **Vorsitzende**: Herr Baum hat recht schnell geantwortet und der Kollege recht clever auf die Stellungnahme verwiesen, aber ich will nochmals auf den Beratungsgegenstand hinweisen. Deswegen bitte ich beim GKV-Spitzenverband um Kürze.

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Gestern erklärte der Minister in einem Interview, er werde

etwas unternehmen, damit es für die Krankenhäuser nicht bei dem bisher geplanten Budgetzuwachs von 1,48 Prozent bleiben werde. Wir hoffen, dass der Minister falsch verstanden wurde. Denn es gibt keine Beschränkung der Krankenhausbudgets auf 1,48 Prozent. Wir nehmen für dieses Jahr an, dass die Steigerung 4,2 Prozent betragen wird. Wenn Sie sich die vergangenen Jahre ansehen, dann hatten wir Steigerungen von 3,4 Milliarden, von 2,6 Milliarden, von zwei Milliarden und von 2,5 Milliarden Euro. Es gab keine Einspargesetze, sondern durchgängige Steigerungen. Deswegen sehen wir für eine weitere Finanzierung keinen Bedarf. 4,2 Milliarden Euro sind eine stattliche Summe. Der Krankenhausbereich ist im Augenblick der größte Kostentreiber im deutschen Gesundheitswesen. Das betrifft auch die Frage des Orientierungswertes. Wir haben verstanden, dass es nicht mehr viele Freunde der Grundlohnorientierung gibt. Sie haben ein neues Prinzip, das lautet, eine Blinddarmoperation soll, wenn sie notwendig ist, unabhängig von der Konjunkturlage finanziert werden. Wenn sie teurer wird, dann soll sie auch mit mehr Geld finanziert werden. Dann kommt es eben auf die Finanzierung der Blinddarmoperation an. Diese steigt aber nicht um vier Prozent, wenn die Tarifsteigerung vier Prozent beträgt. Denn es muss dagegen gerechnet werden, dass es auf Grund der Verweildauer eine Produktivitätssteigerung gibt. Das heißt, beim Orientierungswert muss eine Art Lohnstückkostenbetrachtung eingeführt werden. Dann kommt man zu ganz anderen Größenordnungen. Der Orientierungswert liegt dann nicht bei vier Prozent, sondern eher im Bereich von einem Prozent. Ein Prozent genügt aber völlig, um die sowohl von Ihnen als auch von uns als wichtig erachtete Blinddarmoperation zu bezahlen. Das heißt, keine einseitige Ermittlung von Kosten.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine Frage zu den geriatrischen Institutsambulanzen an die KBV, den GKV-Spitzenverband und die DKG. Der

neue § 118a SGB V zielt primär auf die bessere Versorgung jener Patienten, die auf Grund ihrer geriatritypischen Multimorbidität einen dringenden ambulanten Versorgungsbedarf haben. Das Ziel ist die Verbesserung der geriatrischen, wohnortnahen Versorgung. Wie sehen Sie die Chancen, dass dieses Ziel mit der Regelung erreicht werden kann? Vom GKV-Spitzenverband möchte ich zusätzlich wissen, mit welchen Mehrkosten gerechnet wird.

Sve **Dr. Patricia Klein** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Sie sehen die Problematik der wohnortnahen Versorgung, die wir in Bezug auf die geriatrischen Patienten für extrem wichtig halten, sehr richtig. Auch die von Ihnen angesprochene zielgerichtete Unterstützung der Hausärzte durch Kompetenzen aus dem Krankenhaus ist für uns ausgesprochen wichtig. Diese Bereiche müssen vernetzt versorgt werden. Wir sind skeptisch, ob dies durch eine ungesteuerte, ohne Einbeziehung der Bedarfsplanung zugelassene Ambulanz in einem Krankenhaus möglich ist und ob dadurch die Situation der getrennten Sektoren nicht extrem verschärft wird. Ich fand es sehr schön, dass Dr. Leber gesagt hat, dass diese Krankenhäuser teilweise zivilisationsfern angesiedelt sind. Das ist sicher nicht immer der Fall, aber trotzdem müssen wir uns um eine gute Vernetzung kümmern und deswegen muss an dieser Stelle eine Bedarfsplanung erfolgen.

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Die geriatrische Versorgung ist ein wachsendes Problem, und die Hausärzte sind zum Teil überfordert. Insofern ist es sinnvoll, dass krankenhausspezifisches Wissen für die ambulante Versorgung genutzt wird. Wir begrüßen diesen neuen Paragraphen, der verdeutlicht, dass es einen klaren Bezug zu Fachkrankenhäusern gibt, und wir begrüßen, dass eine bedarfsabhängige Lösung in Form einer Ermächtigung existiert. Wir sehen, dass uns das Thema noch häu-

figer beschäftigen wird. Dies ist, glaube ich, die 26. Gesetzesänderung zur ambulanten Behandlung in Krankenhäusern. Vielleicht müsste für diesen Bereich eine generelle Regelung gefunden werden. Die Änderung ist ein vorsichtiger Einstieg. Wir rechnen mit Kosten in Höhe von 20 Millionen Euro und hoffen, dass die Abgrenzungsprobleme zur Reha und zur Gerontopsychiatrie lösbar sind.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Wir sehen in der Neuregelung einen wichtigen Schritt, um fachärztliche Kompetenz, vor allem im ländlichen Raum, für einen hochproblematischen geriatrischen Patientenkreis jenseits der durch ambulante Versorgungsstrukturen nicht immer gesicherten Versorgungsbedingungen zu schaffen. Entgegen der Einschätzung der Kollegin von der KBV finden wir es besser, wenn es vollständige Institutsambulanzen, ohne Ermächtigungen, im Rahmen der Bedarfsplanung wären. Jetzt sind die Krankenhäuser bei der Zulassungsentscheidung von der Diskussion im Zulassungsausschuss und davon, ob der Bedarf durch niedergelassene Ärzte erfüllt wird oder nicht, abhängig. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass immer dann, wenn wir in Abhängigkeit vom Versorgungsbedarf ermächtigt werden sollen, langwierige Diskussionen geführt werden. Das Ergebnis ist, dass die Ermächtigungen fraktioniert gewährt und teilweise wieder schnell zurückgezogen werden. Das ist keine sehr stabile Grundlage für die Einrichtung von Ambulanzen für im Wesentlichen ältere Menschen. Insofern würden wir dafür plädieren, klassische Institutsambulanzen unabhängig von der Bedarfsplanung vorzusehen.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an Prof. Kunze von der Aktion Psychisch Kranke. Es gibt die Einschätzung, dass der medizinische Fortschritt in der psychiatrischen Diagnostik, in der Psychotherapie und bei somatischen Therapieverfahren bei der

Versorgung der Patienten nicht ausreichend umgesetzt wird. Bereits jetzt gibt es Nachholbedarf, weil Therapien sich nicht an den Leitlinien orientieren. Erkennen Sie Tendenzen zur Rationierung und Priorisierung von Leistungen? Was wird das Gesetz diesbezüglich bringen?

SV Prof. Dr. Heinrich Kunze (Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)): Das ist ein sehr komplexes Thema. Die Psych-PV, die noch Grundlage der Personalbemessung ist, ist über 20 Jahre alt und berücksichtigt diese Dinge nicht. Wir haben aber bisher keine andere Grundlage. Deswegen halten wir an der Psych-PV fest, bis eine bessere Grundlage vorhanden ist. Wir bezweifeln aber, dass die reine finanztechnische Umstellung, die vom Ist-Zustand (stationäre Behandlung, sektoral gegliedert) ausgeht, diese Probleme lösen wird, da die Psych-PV bisher nicht erfüllt wurde. Wir wissen allerdings nicht, in welchem Umfang sie nicht erfüllt ist, weil es bisher keine geeigneten Ansätze gegeben hat, dieses transparent zu machen. Man könnte z. B. bei den Kalkulationserfahrungen ansetzen. Hier wäre sehr gut abzuleiten, wie die kreative Buchführung der unterschiedlichen Häuser, die zur Nichtvergleichbarkeit führt, eindeutig gemacht werden könnte. Dann wäre die Klarstellung kein bürokratisches Monster. Die Umsetzung muss also sehr genau beobachtet werden. Wir hoffen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss das Ganze dann neu anpackt und somit seinen Ruf, ein zahnloser Tiger zu sein, widerlegt. Der medizinische Fortschritt beruht nicht nur auf der leitliniengerechten Versorgung und Behandlung, sondern auch auf einer modernen Form der Behandlung. Deswegen kommt es darauf an, dass man die Entwicklung des neuen Entgeltsystems wirklich nur als finanztechnisches Problem betrachtet und daraus im Umkehrschluss ableitet, dass die Versorgungsprobleme parallel angepackt werden müssen. Die jetzige Logik, dass die Leistung dem Geld folgt, führt zu einem Zirkelschluss. Jetzt wird die Leistung abgebildet, um transparentes Geld zu entwi-

ckeln, aber die jetzige Leistung ist aus der finanziellen Anreizsituation der alten Bundespflegesatzverordnung entstanden. Ich möchte nochmals sehr deutlich betonen, dass viele Probleme, die der Psych-PV angelastet werden, nicht von dieser verursacht wurden, sondern der alten Bundespflegesatzverordnung, die sektoral und primär bettenorientiert war, zugeordnet werden müssen. Es geht darum, moderne Formen der Krankenhausbehandlung weiter zu entwickeln und diese in die Leistungsbeschreibung und die Kalkulation für das neue Entgeltsystem einzubeziehen. Hierfür ist der Einstieg mit Modellvorhaben ein Schritt in die richtige Richtung. Aber leider, das wurde vielfach geäußert, ein sehr kleiner Schritt. Es stellt sich die Frage, wie man diesen Schritt größer machen kann. Es muss aber alles im Zusammenhang gesehen werden, da ansonsten das Problem besteht, dass das vorhandene Geld in, wie wir heute wissen, nicht optimalen und nicht effizienten Versorgungsstrukturen verschwendet wird. Wenn zunächst diese effizienter gestaltet würden, wäre das ein Beitrag, die Nachholbedarfe, die bereits angesprochen wurden, mitzufinanzieren. Ist dieses geklärt, muss überlegt werden, wie diese Bedarfe weiterhin berücksichtigt werden sollen. Denn werden sie bei den Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht berücksichtigt, treten sie an anderen Stellen auf. Dies wäre dann ein Thema für die Begleitforschung nach Absatz 8. Wenn unzureichend behandelt wird, verlagern sich die Versorgungsbedarfe in andere Bereiche der somatischen Medizin oder es treten soziale Folgeprobleme in der Familie, im Arbeitsleben, beim Wohnen bis hin zu Straftaten auf.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an ver.di. Es wurde bereits ausgeführt, wie sich durch das Pauschalieren des Entgeltsystems die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten verändern und wie sich die Pauschalierung generell auswirken wird. Weniger im Fokus standen die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten. Hierzu bin

ich an einer Einschätzung von ver.di interessiert.

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Die Psychiatrie-Personalverordnung hat sich nicht unbedingt positiv auf die Arbeitsbedingungen ausgewirkt, weil die Psych-PV in vielen Fällen, entgegen dem Willen des Ordnungsgebers, nicht erfüllt wurde. Aus dem Vergleich mit der Einführung der DRG, wo ebenfalls ein Personalbemessungssystem eingeführt, später aber nur zur Berechnung und nicht mehr zur Personalbesetzung benutzt wurde, wissen wir, dass es zu einem massiven Einbruch bei den nichtärztlichen Berufen – therapeutische Berufe, Pflegeberufe, hauswirtschaftliche Berufe – kam. Das hat natürlich auch die Patientenversorgung tangiert. Für das Personal entsteht dadurch eine Drucksituation, weil die Leistungen für die Patientinnen und Patienten nicht mehr erbracht werden können. Dies führt ganz häufig dazu, dass die Beschäftigten diesen Arbeitsbereich verlassen. Dr. Leber hat bereits darauf hingewiesen, dass es oft schwierig ist, entsprechendes Personal für diesen Bereich zu bekommen. Dies wird in Zukunft noch schwieriger werden. Deshalb muss der personelle Qualitätsrahmen durch die Psych-PV gegeben sein, um die Versorgung zu sichern. Wir wollen mit dazu beitragen, dass die Versicherten nicht nur bezahlen, sondern dass die Personalstellen auch tatsächlich vorhanden sind. Das ist notwendig. Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf wird die Psych-PV nur noch für eine vorübergehende Zeit in Kraft bleiben. Dies führt dazu, dass die Häuser noch möglichst viel von der Finanzierung mitnehmen wollen, aber tatsächlich die Stellen gar nicht schaffen. Insofern wird die Psych-PV bereits im Vorfeld der Einführung des neuen Vergütungssystems zu einer lahmen Ente und nicht mehr wirken.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Auf Grund der gemachten Ausführungen habe ich eine Nachfrage an Herrn

Weisbrod-Frey und an Prof. Fegert. Dr. Leber vom GKV-Spitzenverband hat ausgeführt, dass es rund 5.000 Modelle gegeben habe, die kein Ergebnis zeigten. Herr Weisbrod-Frey hat gesagt, es habe auch gute Beispiele gegeben, die aber unzureichend aufgegriffen worden seien. Mich würde interessieren, wie Sie dies gesetzgeberisch ausgestaltet sehen wollen bzw. welche Wünsche Sie an das Gesetz haben? Prof. Fegert, Sie wünschen sich möglichst in jedem Bundesland eine sektorenübergreifende Versorgung, abgeleitet von der Situation der Kinder- und Jugendlichenversorgung. Ist dies im Gesetzentwurf ausreichend erfasst oder was müsste nach Ihrer Meinung geändert werden?

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Wenn ich Dr. Leber richtig verstanden habe, bezog sich seine Aussage auf die integrierten Versorgungsmodelle in den allgemeinen Krankenhäusern. Hier hat man irgendwelche Modelle entwickelt, auch voneinander abgeschrieben, die wenig erfolgreich waren. In den allgemeinen Krankenhäusern gab es keine bevölkerungsbezogenen Modelle, die realisiert wurden. Im somatischen Bereich ist mir nur ein bevölkerungsbezogenes Versorgungsmodell im Kinzigtal bekannt, das auch umgesetzt wurde. Im Bereich der psychiatrischen Versorgung gibt es aber eine Reihe von Modellvorhaben, die an ganz unterschiedlichen Stellen angesetzt und die die gemeindepsychiatrische Versorgung stark vorangebracht haben. Vor allem die Krankenhäuser haben ihre Versorgung in sehr starkem Maße in die Gemeinde hinein ausgeweitet. Über diese Entwicklung ist ver.di nicht ganz so glücklich, weil es hier nicht immer tarifliche Optimalzustände gibt. Aber es hat zumindest funktioniert. Es gibt auch Landkreise, in denen unter Beteiligung aller Krankenkassen Versorgungsmodelle durch Verknüpfung der ambulanten und stationären Versorgung und durch die Einführung von Pauschalvergütungen entwickelt wurden. Wenn man sich diese psychiatrischen Versorgungsmodelle näher betrachten würde, z.

B. das gut untersuchte Modell im Steinkreis, wäre man durchaus in der Lage, mehr zu bewegen als mit Pauschalen nur für den stationären Bereich.

SV Prof. Dr. Jörg. M. Fegert (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)): Bei meinen Ausführungen ging es mir nicht darum, dass für Kinder grundsätzlich alles anders sein muss. Aber die Versorgungssituation ist in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich, so dass wir von einem Modell in einem gut versorgten westlichen Bundesland nicht auf die Situation im Osten schließen können. Gleichzeitig sehen wir, dass ohne Kontrahierungszwang, wenn man also wartet, bis freiwillig mit einer Kasse Modelle abgeschlossen werden, der ganze Bereich zu klein ist und auch die Kliniken zu klein sind. Diese haben Versorgungsgebiete, die in der Regel dreimal so groß sind wie die der Erwachsenenpsychiatrie. Die Einbeziehung der niedergelassenen Kollegen, wo es sie gibt, muss stärker eingeplant werden, ansonsten benötigt man Ambulanzmodelle. Die ganze Situation ist sehr heterogen und das System ist so klein, dass wahrscheinlich ohne die Vorgabe, dass Modelle entstehen müssen, keine Modelle entstehen werden. Es gab weder in der integrierten Versorgung noch in den Modellen, die eigentlich angesprochen waren, suffiziente Beispiele aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Da wir Daten benötigen, die evaluiert werden müssen, um für die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu lernen, habe ich die Forderung aufgestellt, dass es in allen Bundesländern eine Form von Kontrahierungszwang oder von Vorgabe geben muss, damit sich auch alle Kassen anschließen. Kinder sind keine mündigen Kunden, die entscheiden, bei welcher Kasse sich ihre Eltern versichern. Deshalb funktioniert das Steuerungsmodell, dass eine Kasse eventuell in Vorleistung geht und ein attraktiveres Angebot macht, in diesem Bereich nicht. Bei Kindern muss die Versorgung gewährleistet sein.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Prof. Kruckenberg und an ver.di. Wie bewerten Sie die bisherige Evaluation der Fallpauschalen der DRG in den Krankenhäusern und welche Folgerungen ergeben sich daraus für die Einführung der Tagespauschalen in der Psychiatrie und in der Psychosomatik?

SV Prof. Dr. Peter Kruckenberg: Bisher gab es keine Fallpauschalen in der Psychiatrie. Es war eine unserer Bemühungen im Jahr 2000 zu sagen, dass Fallpauschalen, wie bereits mehrfach gesagt, in der Psychiatrie nicht brauchbar sind, weil es um individuelle Behandlungsprozesse geht. Die bisherige Situation der Finanzierung mit einem Einheitspflegesatz pro Krankenhaus ist ebenfalls unbefriedigend. Das bedeutet, dass der Ansatz, für die unterschiedlich schwerkranken Menschen, die jetzt schon stationär oder teilstationär im Krankenhaus sind, gestufte Tagespauschalen einzuführen, im Grunde ein vernünftiger Ansatz ist.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage bezog sich auf die Evaluation der DRG.

SV Prof. Dr. Peter Kruckenberg: Bisher gab es in Deutschland im Bereich der Versorgungsqualität nur eine Minimal-evaluation. Die Aktion Psychisch Kranke hat 1996 und 2004 die Umsetzung der Psych-PV evaluiert. 1996 waren die Ergebnisse hinsichtlich der Qualitätsentwicklung in den Krankenhäusern, der Reduktion der Belegung sowie der Enthospitalisierung sehr befriedigend. Sowohl die DKG als auch die GKV haben damals die Evaluation befürwortend bewertet. Dann wurde aus den verschiedensten, mehr oder weniger interessengeleiteten Gründen, die Psych-PV teilweise ausgehebelt. Das zeigte sich deutlich bei der zweiten Evaluation im Jahr 2004. Damals gab es aber keine Möglichkeiten, die Krankenhäuser genauer zu untersuchen. Wir waren darauf angewiesen, dass die

Angaben der Krankenhäuser korrekt waren. Der Umsetzungsgrad der Psych-PV lag bei ca. 90 Prozent, zum Teil aber auch unter 80 Prozent. Die Qualität wurde allerdings nicht evaluiert. In Itzehoe gab es z. B. eine Evaluation hinsichtlich der Umsetzung eines Regionalbudgets. Das Ergebnis zeigte, dass die Umstellung zu vermehrter ambulanter Versorgung mit relativ hoher Zufriedenheit der Beteiligten und zur Stabilisierung der Kosten geführt hatte. Zudem gab es eine Tendenz zu verbesserten Behandlungsergebnissen. Es gibt verschiedene Ansätze, um unterschiedliche Strukturen zu evaluieren. Allerdings benötigten wir in Deutschland eine regionale Begleitforschung, die die Patientenzufriedenheit einschließt und untersucht, in welcher Weise neue international als erforderlich angesehene Versorgungsformen umgesetzt bzw. berücksichtigt werden. Diese Begleitforschung gibt es zurzeit nicht. Die APK prüft im Augenblick, inwieweit das derzeitige Entgeltsystem die Umsetzung von zeitgemäßen Versorgungsformen in verschiedenen Regionen erleichtert oder erschwert. Die Tendenz geht deutlich in Richtung Erschwerung. Wir benötigen eine Begleitforschung, die nicht nur Daten aus dem System sammelt, sondern die zielorientiert fragt, wo es neue zeitgemäße Behandlungsformen gibt, in welchen Regionen diese auf den Weg gebracht werden und wie sich dadurch die Qualität der Versorgung verändert.

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Die Evaluation der DRG wurde leider erst sehr spät in Auftrag gegeben. Eigentlich sollte der erste Bericht bereits 2005 vorliegen. Er wurde aber erst vier Jahre später geliefert. Deshalb wurden z. B. die Folgen des massiven Personalabbaus viel zu spät erkannt. Als 2008 die Mängel nicht mehr zu verheimlichen waren und an die Öffentlichkeit gelangten, musste die Politik schnell Reparaturen vornehmen, die dem System nicht unbedingt dienlich waren. Es wäre leichter, wenn man bereits zu Beginn auf diese Erfahrungen zurückgreifen würde.

Im Krankenhaus ist die Personalbemessung nach wie vor eine Black Box, da niemand sagen kann, welches Personal tatsächlich benötigt wird. Wir haben gesehen, dass die Fallzahlen steigen, ohne dass sich dies beim Personal niederschlägt. Wir kennen nicht die Qualität, die Sicherheitsstandards oder die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern. Überträgt man die Erfahrungen der DRG-Krankenhäuser auf die psychiatrische Versorgung, bei der die Beziehungsaufnahme mit qualifiziertem Personal wesentlich zur Behandlungsqualität beiträgt, kann man lernen, dass erstens ein Personalbemessungssystem dauerhaft erforderlich ist und dass zweitens die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung nicht durch die Abschaffung der Psych-PV, die zwar nicht weiterentwickelt wird, aber weiterhin Berechnungsgrundlage ist, blockiert werden darf. Insgesamt kann man sagen, dass diese Qualitätsprobleme nur mit sehr teuren Maßnahmen zu lösen waren. Sie haben teilweise zu Unwirtschaftlichkeiten geführt und waren sicherlich nicht qualitätssteigernd. In den letzten Jahren wurde die Psych-PV nicht mehr evaluiert. Uns liegen keine Daten vor, was sich auch bei Nachfragen bei den Personalräten widerspiegelt. Es ist nicht bekannt, in welchem Umfang die Psych-PV erfüllt wird. Sie ist eine Black Box, die man eigentlich dringend auflösen müsste.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Es wurde in den Sachverständigenbeiträgen vielfach darauf hingewiesen, dass das System als ein lernendes System konzipiert sei. Das bietet eine Chance. Es ist nun wichtig herauszuarbeiten, welche Elemente gestärkt werden müssen, damit das System ein lernendes ist. Meine Fragen richte ich an Herrn Rosemann. Sie haben verschiedentlich auf die Gefahren in diesem Gesetz hingewiesen und dafür plädiert, dass ein Sachverständigenbeirat zur Begleitung des Prozesses eingesetzt wird. Wie müsste der Sachverständigenbeirat zusammengesetzt sein und welche Aufgabe sollte er über-

nehmen? Was muss im gesamten Verfahren, auch hinsichtlich der verschiedenen Stufen, beachtet werden, bevor man in die budgetwirksame Steuerung einsteigt?

SV Matthias Rosemann: Man muss sich verdeutlichen, dass eine psychische Erkrankung sehr oft viele Lebensbereiche eines Menschen berührt. Sie hat Auswirkungen auf Familie oder Beruf, auf die Schule oder die Nachbarschaft. Bei Kindern und Jugendlichen sind die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung noch komplexer. Wer in einem Krankenhaus behandelt wird, ist oft so schwer erkrankt, dass das gesamte Leben vor und vor allen Dingen nach der Krankenhausbehandlung immer einbezogen werden muss. Dies bedeutet, dass die Qualität der psychiatrischen Krankenhausbehandlung Auswirkungen auf andere Leistungssysteme und Leistungsträger unseres Sozialsystems hat. Ich glaube, diese Erkenntnis drückt sich im Gesetzentwurf darin aus, dass man sektorenübergreifende Qualitätskriterien entwickeln will. Allerdings bezieht sich das sektorenübergreifende Element nur auf den Behandlungsbereich, was nicht ausreicht. Aus diesem Grund und vor der Erkenntnis, dass der gesamte Prozess in den letzten drei Jahren nur zwischen den Vertragspartnern auf Bundesebene verhandelt wurde und dass die Grundzüge des Finanzierungssystems kaum zu erkennen sind, halte ich es für notwendig, dass man ein Expertengremium einsetzt. Es sollte nicht nur aus Akteuren, die als Kosten- oder Leistungserbringer betroffen sind, bestehen, sondern deutlich breiter zusammengesetzt sein. Ich halte es deshalb für sinnvoll, dass man eine breitere Fachöffentlichkeit und in sehr viel stärkerem Maße als bisher die Verbände der Psychiatrieerfahrenen einbezieht. Es gibt sehr unterschiedliche Verbände, die sich sehr differenziert zu Wort melden können. Die Angehörigen, die oft unmittelbar von Krankenhausbehandlungen berührt sind, sollten ebenso einbezogen werden, wie jene Akteure, die zwar in der Versorgung tätig sind, aber weder als Krankenhaus- noch als Kosten-

träger tangiert sind. Ich halte es auch für sinnvoll, die Länderperspektive in das Sachverständigenrat einzubeziehen. Zu den Aufgaben dieses Sachverständigenbeirats sollte sicherlich die Beratung der Ergebnisse der Begleitforschung sowie die Begleitung der gesamten Schritte, die von den Selbstverwaltungspartnern unternommen werden, aber auch das Ausprechen von Empfehlungen für die Begleitforschung, z. B. welche weiteren Elemente in der Begleitforschung berücksichtigt werden müssten, gehören. Die reine Auswertung der bereits vorhandenen Daten, sagt nicht viel über die Qualität oder über das Erleben der Qualität von Krankenhausbehandlungen aus. Es müssen weitere Parameter, die über die Datensammlung, die man bereits heute besitzt, hinausgehen, einbezogen werden. Eine weitere Aufgabe wäre, Empfehlungen an das Bundesministerium für Gesundheit auszusprechen. Ich glaube aber vor allen Dingen, dass Sie sich als Abgeordnete vor der Scharfschaltung des Systems, wie man so schön sagt, vorbehalten sollten, diesen Sachverständigenrat anzuhören und sich selbst ein Urteil darüber zu bilden, ob die Schritte, die unternommen werden, künftig tatsächlich dem Willen des Gesetzgebers entsprechen werden. Deshalb plädiere ich dafür, dass Sie das Gesetz so verändern, dass dem Bundestag eine Zwischenbilanz oder eine Expertise des Sachverständigenbeirates vorgelegt wird, bevor das System definitiv für die nächsten Jahre übernommen wird.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Mehrere Seiten haben deutlich gemacht, dass die Reichweite und Durchschlagskraft der Modellvorhaben nicht ausreicht. Welche Vorschläge gibt es, um eine stringenter Gestaltung zu erzielen? Das ist meine Frage an Prof. Kruckenberg und an Dr. Leber. Die Schnittstellenproblematik und die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Versorgung wurden von Dr. Leber verdeutlicht. Es wurde betont, dass es zwar 5.000 Verträge gebe, hierzu aber nur geringe Erkenntnisse vorlägen. Welche Maßnahmen sind erfor-

derlich, damit am Ende des Prozesses wirkliche Veränderungen in der sektorenübergreifenden Versorgung stehen?

SV Prof. Dr. Peter Kruckenberg: Derzeit ist die Struktur der gesamten psychiatrischen Versorgung nicht mehr zeitgemäß. Die Fraktionierung der Versorgung gerade bei Schwerkranken wurde bereits angesprochen. Die erforderliche kontinuierliche, personenbezogene und lebensfeldorientierte, längere oder kürzere Begleitung benötigt ein darauf reagierendes, flexibles, qualifiziertes System mit psychotherapeutischer, manchmal mit auffangender Begleitung. Hierbei ist das therapeutische Klima sehr wichtig. Dieses System ist eine zwar vom KHRG angestrebte Entwicklungsaufgabe, die aber im Augenblick dadurch, dass man, wie bei den DRG, nur umschichtet, blockiert wird. Es ist im Moment überhaupt nicht erkennbar, dass die Selbstverwaltung sich in absehbarer Zeit für die Weiterentwicklung der Versorgung engagiert. Daher muss der Gesetzgeber Rahmenbedingungen schaffen, unter denen dies möglich ist. Das ist aber nur gemeinsam mit den Ländern möglich. Das Bundesgesundheitsministerium sollte deshalb die Aufgabe mit den Inhalten, die bereits in der Begründung des KHRG enthalten sind, übertragen bekommen und mit den Ländern und den Akteuren regionale Begleitforschungsmodellprojekte organisieren. Die Zielsetzung der Projekte muss die kontinuierliche Begleitung, die Vermeidung von Schnittstellen, der Wechsel von Intensivbehandlungen in Krisen zur normalen Betreuung sowie die Nachsorge, die Einbeziehung von Rehabilitation und die Eingliederungshilfe sein. Projekte dieser Art benötigen Zeit. Sie müssen aber begonnen werden. Diesen Auftrag müsste man auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie in mindestens einer Region in jedem Bundesland auf den Weg bringen. Ich kann nicht erkennen, warum dies Schwierigkeiten bereiten sollte, wenn angemessene Bedingungen geschaffen werden, die keine Negativanreize für die Beteiligten darstellen. Man kann davon ausgehen, dass durch ein

vernünftiges Modellprogramm – es wurden bereits Beispiele genannt, man kann sich aber auch an Großbritannien oder Skandinavien orientieren – die Versorgung besser und kostengünstiger wird. Sie haben mit einem solchen Auftrag eine Möglichkeit, in die Zukunft zu investieren. Mit einer Zeitperspektive bei der Kontrolle des Umsetzungsbeginns können Sie möglicherweise im Gesetz auch nachbessern. Deshalb sollte ein Bundesmodellprogramm auf den Weg gebracht werden, das an die positiven Erfahrungen der 1980er Jahre, die noch stark allgemeiner Natur waren, aber die Richtung der weiteren Versorgung sehr stark bestimmt haben, anknüpft. Dies kann mit ganz einfachen Vorgaben in das Gesetz eingebracht werden. Das gleiche gilt für die Evaluation im Sinne einer Zwischenbilanz nach drei Jahren. Ich verstehe nicht, warum dies nicht als eigene Zielvorstellung aufgenommen wird, denn es kostet im Wesentlichen nichts. Wichtig ist, dass Sie diese Modellprogramme in eine Rahmenstruktur bringen. Das ist die Vorbereitungsarbeit einer Expertenkommission. Die Rahmenstruktur wird benötigt, damit die Ergebnisse in die Regelversorgung überführt werden können. Mich würde es erstaunen, wenn dies nicht doch noch gesetzlich geregelt werden könnte.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Für uns ist die Vorstellung, dass man ein Bundesmodellprojekt startet und eine Expertenkommission einsetzt, ein wenig altbacken. Sie müssen mehr Freude an einem anarchistischen Prozess entwickeln, wie er z. B. bei den DRG stattgefunden hat. Seitdem sind tausende von Artikeln über die Auswirkung des Vergütungssystems erschienen. Sie können beinahe auf die Begleitforschung verzichten, denn Sie haben die vielen Publikationen sowie die Veröffentlichung des InEK, um zu evaluieren, was wirklich passiert. Einen ähnlichen Prozess erhoffen wir uns auch von dem Modellprojekt. Es sollten möglichst viele entstehen. Allerdings unter der Bedingung, dass die Daten zusammengeführt werden, um

eine vernünftige Auswertung zu ermöglichen. An einem Punkt würde ich Sie allerdings bitten, nachhaltig zu bohren. Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung hat weder bei der DKG und der KBV noch im Gemeinsamen Bundesausschuss viele Freunde. Das heißt, wenn Sie wollen, dass ungefähr zehn Jahre nach dem parlamentarischen Beschluss ein Ergebnis vorliegt, sollten Sie nachfragen, ob inzwischen auch im Bereich der Psychiatrie eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung vorhanden ist.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächsten Fragen drehen sich um die Umsetzung der Personalstellen nach der Psych-PV. Auch hier wurde von verschiedener Seite die mangelnde Transparenz beklagt. Gleichzeitig sagt der GKV-Spitzenverband, dass nicht bei der Nachverhandlungsmöglichkeit die Probleme lägen, sondern in der realen Umsetzung. Hierüber gebe es aber keine Daten. Es wurde der Vorschlag gemacht, beim Jahresabschluss ein Testat des Prüfers beizulegen, um die Umsetzung nachvollziehen zu können. Hierzu habe ich eine Frage an die DKG. Halten Sie ein solches Verfahren für realisierbar und stellt es sicher, dass dadurch eine entsprechende Umsetzung erreicht wird, bevor das neue Entgeltsystem gestartet wird? Besteht nach Ende der Nachverhandlung für die Krankenhäuser überhaupt ein Anreiz, frühzeitig für das neue System zu optieren, zumal wir wissen, dass im weiteren Verlauf bei der Budgetangleichung einzelne Krankenhäuser riskieren, dass sie das aufgestockte Personal gegebenenfalls wieder abbauen müssen. Ich stelle es mir sehr schwierig vor, auf dieser Grundlage bei den Krankenhäusern einen sinnvollen Prozess zu starten.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Ich kann die Forderung der Krankenkassen, zusätzlich einen Wirtschaftsprüfer hinzuzuziehen, der klärt, wie viele Beschäftigte nach Psych-PV in einem Krankenhaus arbeiten,

nicht nachvollziehen. Denn die Systematik des Begriffes budgetneutral bedeutet, dass weiterhin, wie bereits die ganzen Jahre, Budgetverhandlungen zwischen den Krankenkassen und dem einzelnen Haus geführt werden. Bestandteil der Budgetverhandlung sind u. a. die Personalkosten. Die Krankenkassen können sich somit jederzeit bei den Budgetverhandlungen nach dem nach Psych-PV beschäftigten Personal erkundigen. Dieser Mechanismus gilt in der budgetneutralen Phase als grundsätzlicher Budgetfinanzierungsmechanismus weiter. Wir sehen deshalb keinen Bedarf, den Krankenhäusern durch einen Wirtschaftsprüfer ein nicht regelhaftes Verhalten zu unterstellen. Ich hatte deutlich gemacht, das war auch in den Beiträgen erkennbar, dass die Psych-PV für die bisherige Entwicklung in der psychiatrischen stationären Versorgung ein sehr hohes Gut und wichtiges Element ist. Deshalb eignet sich die Psych-PV grundsätzlich nicht als Anreizinstrument, um in der kurzen Zeit vom 30. Oktober bis zum 1. Januar ein großes psychiatrisches Krankenhaus organisatorisch in das neue Entgelt zu überführen. Dafür stimmen die Gewichte in der Bedeutung der Instrumente nicht. Ein anderer Anreizmechanismus, das habe ich bereits deutlich gemacht, wäre, sicherzustellen, dass budgetneutral auch erlösneutral bedeutet. Denn budgetneutral heißt, dass am Jahresanfang auf Basis des alten Budgets verhandelt wird. Ob man es am Jahresende auch erhält, hängt von den Mindererlösausgleichen ab. Deshalb wäre ein 95- oder 100prozentiger Mindererlösausgleich, wie es ihn bei der DRG-Einführung gab, ein Instrument, das die Kliniken absichern würde. Der Vorteil einer frühzeitig mitmachenden Klinik würde in einer langen Phase des aktiven Lernens bestehen. Das lernende System dauert umso länger, je früher ich einsteige. Insofern sind die Kliniken durchaus bereit mitzumachen, sie müssen aber die Sicherheit haben, dass sie am Ende nicht zehn oder 15 Prozent ihres Budgets verlieren.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine weitere Frage geht an Frau Dr. Schepker und betrifft die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wir haben gehört, dass es in den Ländern sehr unterschiedliche Ausgestaltungen und Versorgungsgrade gibt. Sie haben in Ihren Stellungnahmen deutlich gemacht, dass weitere Belastungen der Krankenhäuser und der Kinder- und Jugendlichenversorgung dringend zu vermeiden sind. Was kann konkret als Schutzmechanismus in das Gesetz aufgenommen werden, und worauf müssen wir in besonderer Weise achten?

Sve **Prof. Dr. Renate Schepker** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP)): Ich denke, Sie könnten den G-BA beauftragen, kein zahnlöser Tiger zu sein, der nur Empfehlung abgibt. Der G-BA sollte bezüglich der Personalausstattung Richtlinien vorgeben. Richtlinien sind MDK-prüffähig, nachweisbar und müssen eingehalten werden. Wir wissen relativ gut, was unsere Kinder benötigen. Es wurde bereits darüber gesprochen, dass wir zu wenig Personal haben und die erforderlichen Stellen schwer zu besetzen sind. Das gilt besonderes für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Revolutionär wäre, wenn Sie § 39 reformieren würden und die Zuhausebehandlung durch das Krankenhaus ermöglichen. Das heißt, das Krankenhaus erbringt analoge, vollstationäre Leistungen im häuslichen Umfeld, die gleichwertig mit den OPS-Leistungen sind, nur eben nicht stationär im Krankenhaus. Dies ist allerdings ohne Personal und ohne Einbeziehung des Vertragsarztsystems nicht möglich. Auch dies könnte gesetzlich geregelt werden. Laut Vertragsarztänderungsgesetz können Vertragsärzte in Teilzeit als Krankenhausärzte arbeiten. Würde das den Krankenhäusern erlaubt, dann könnten sie in der Fläche arbeiten und wir hätten die von Dr. Leber gewünschte Produktivitätssteigerung. Diese allerdings nicht im Sinne einer verkürzten Verweildauer – Kinder lernen nicht

schneller, nur weil wir das wollen –, sondern dadurch, dass Familien, die ansonsten die Behandlung abbrechen würden, in der Behandlung gehalten werden. Wahrscheinlich hätte dies deutlich bessere Effekte, das belegen zumindest internationale Studien. Zudem gäbe es nicht den Fehlanreiz, die Patienten länger zu behandeln, weil mehr OPS-Einzelleistungen produziert werden können. Unser dringendster Wunsch wäre also die Verkopplung der Leistung mit der Öffnung der Krankenhausbehandlung, wie es in der Jugendhilfe sowie in der Behindertenhilfe bereits heute der Fall ist, im SGB V aber noch fehlt.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zur Mengenentwicklung an den GKV-Spitzenverband, die Deutschen Krankenhausgesellschaft und Dr. Augurzky. Mich interessieren die Ursachen, die zu den Mengenentwicklungen außerhalb des Rahmens und des Geplanten führen und welche Möglichkeiten es gibt, das Mengenwachstum der vergangenen Jahre künftig abzubremsen. Wie beurteilen Sie den im Bundesratsverfahren eingebrachten Vorschlag des Landes Bayern, die Fixkostendegression beim Landesbasisfallwert zu streichen und gestaffelte, zeitlich befristete Mehrleistungsabläufe einzuführen?

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): In den letzten zehn Jahren beobachten wir eine kontinuierliche, rund dreiprozentige Steigerung der Mengenentwicklung bzw. des Casemix-Volumens. De facto sind das Budget- und Ausgabensteigerungen, die immer zur Preissteigerung addiert werden müssen. Das heißt, beträgt die Preissteigerung zwei Prozent, müssen drei Prozent Mengensteigerung hinzugerechnet werden. Die Begleitforschung des IGES hat gezeigt, dass nur ein Drittel, also ein Prozent, demographisch zu erklären ist. Zwei Drittel resultieren zum Teil aus einer verbesserten Versorgung, können aber auch eine rein ökonomisch induzierte Leis-

tungsausweitung – auch in zweifelhaften Bereichen – sein. Man denke nur an die Wirbelsäulenchirurgie oder ähnliches. Wie ist dies einzufangen? Die Steuerung von Mengen und Preisen muss auf der Landesebene erfolgen. Inzwischen wurden sehr variable Modelle hierzu vorgeschlagen. Das bayerische Modell ist nach unserer Meinung nicht tauglich, da es im Kern vorsieht, dass kleine Mengenausweitungen geahndet, große aber begünstigt werden. Dieses Modell führt in jedem Fall zu weiteren Mengenausweitungen. Will man die Mengenausweitung nicht auf der Landesebene, sondern auf der Hausebene auffangen, hat man das Problem der Strukturkonservierung. Versicherte können z. B. nicht mehr von einem Krankenhaus zu einem anderen wechseln, ohne dass das bessere Krankenhaus wegen der gesteigerten Leistungserbringung bestraft wird. In einer solchen Situation muss man weiterdenken, und prüfen, ob Mengenkontingente handelbar und übertragbar sind. Dies kann aber im laufenden Gesetzgebungsverfahren nicht mehr umgesetzt werden. Allerdings sollten wir die Diskussion beginnen.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Statt von Mengenentwicklungen sprechen wir lieber von Leistungsentwicklungen, weil hinter dieser Zahl behandelte Patienten stehen. Statistisch hatten wir in den letzten fünf Jahren einen jährlichen durchschnittlichen Zuwachs der Fälle um 1,7 Prozent. 45 Prozent der Patienten eines Krankenhauses sind 65 Jahre und älter. Anhand der Bevölkerungsentwicklungsstatistik kann man feststellen, dass in den letzten Jahren diese Bevölkerungspopulation um ganz andere Prozentsätze gewachsen ist. Das heißt, je größer die Zahl der 65-jährigen Menschen ist, desto mehr Patienten sind automatisch in den Krankenhäusern als zusätzliche Fälle zu verzeichnen. Wir haben somit eine extrem dynamische demographische Komponente, die bereits 1,7 Prozent der Ausweitung begründet. Ein weiteres Prozent resultiert aus dem Casemix-Index, also der durchschnittli-

chen Schwere der Patientenfälle. Betrachtet man dies als globale Größe, dann fällt es schwer zu entscheiden, welcher Anteil wegfallen soll. Die Diskussion dreht sich auch darum, dass sehr viele Hüftoperationen durchgeführt würden. Die Zahl dieser Operationen stagniert aber in den letzten Jahren. Es gibt auch eine Statistik, die belegt, dass zwischen 2008 und 2010 die Zahl der Casemix-Punkte für Schlaganfälle um 44 Prozent gestiegen ist. Diese Menschen werden mit Blaulicht ins Krankenhaus eingeliefert. Im Bereich der geriatrischen Fälle stiegen die Casemix-Punkte um 28 bis 30 Prozent. Es ist ein sehr differenziertes Gebilde, das sich hinter den 18 Millionen Menschen – ein Fünftel der Bevölkerung –, die ein Mal im Jahr ins Krankenhaus kommen, verbirgt. Deshalb kann man nicht behaupten, dass Krankenhäuser die Menge steigern oder dass sie bei den Mengen offensiv sind. Krankenhäuser behandeln Patienten, die häufig, z. B. als Hüftpatient, eine Historie haben. Die Finanzierung dieser zusätzlichen Leistungen erfolgt nicht, so wie Dr. Leber es dargestellt hat, eins zu eins. Im Gesetz wirken zwei zentrale Mechanismen, die den Ausgabeneffekt zusätzlicher Leistungen dämpfen. Die erste Komponente ist: Auf der Landesebene machen die Krankenhäuser beim Verhandeln der Landesbasisfallwerte die Personalkostenzuwächse geltend. Die Kassen ziehen aber den Fixkostenanteil zusätzlicher Mengen ab, weil das Gesetz dies erlaubt. Dadurch entsteht die Situation, dass viele Krankenhäuser, die gar keine Mengenerweiterung haben – im letzten Jahr hatten 45 Prozent der Krankenhäuser keine Mengenerweiterung –, mit einem Preiszuwachs unterhalb der Grundlohnrate auskommen müssen. Das heißt, es gibt keine Eins-zu-eins-Finanzierung. Die zweite Komponente ist, dass ein Krankenhaus, das 50 zusätzliche Geburten in sein Budget einbringt, vom Mehrleistungsabschlag betroffen ist. Dieser betrug im letzten Jahr 30 Prozent. Zurzeit fordern Kassen 40 oder 50 Prozent. Dies bedeutet für die zusätzliche Fallpauschale, dass das, was ein möglicher Kostendeckungsbeitrag sein

könnte, gar nicht im Krankenhaus ankommt, weil der Preis bereits um 30 oder 40 Prozent gesenkt wurde. Beide Komponenten, die Landes- und die Ortsebene, sind nicht aufrecht zu erhalten. Deshalb ist es unser dringender Wunsch, dass das System weiterentwickelt wird, denn beide Ebenen gehen nicht. Früher steuerte man nur auf der Landesebene. Die richtige Ebene, um Kostenvorteile aus zusätzlichen Mengen abzuschöpfen, ist aus betriebswirtschaftlicher Sicht das einzelne Krankenhaus. Deshalb befürwortet die DKG, auch wenn dadurch die Krankenhäuser mit Leistungszuwächsen belastet werden, ein Konzept zu entwickeln, das Mehrleistungsabschläge auf der örtlichen Ebene angemessen zur Refinanzierung von Mehrleistungen einholt, und die Landesebene freistellt. So kann der Landesbasisfallwert wirklich die tatsächlichen Kosten für alle Krankenhäuser abbilden. Diesem Konzept entspricht im Grundsatz das Modell des Bundesrates. Deshalb begrüßen wir es auch. Wie die politische Entscheidung über die Quoten im Einzelnen getroffen wird, ist eine andere Frage. Jedenfalls sollte der Grundsatz, dass auf Landesebene für alle eine erträgliche Finanzierungsmöglichkeit geschaffen wird, auch für die Krankenhäuser, die keine Leistungsentwicklung haben, ins Finanzierungssystem übernommen werden. Dadurch hätte man eine faire Ausgangslage, um die Weiterentwicklung der Medizin, so wie ich sie dargestellt habe, sachgerecht zu finanzieren. Die Krankenhäuser hätten damit eine gute Grundlage.

SV Dr. Boris Augurzky: Wodurch lassen sich die Mengenausweitungen erklären? Als ein Grund wurde bereits die demographische Entwicklung genannt. Aus den Daten der Vergangenheit können wir feststellen, dass die Demographie, also die Zahl der über 65- und der über 80-Jährigen, deren Zahl noch stärker gestiegen ist, maximal 50 Prozent der Mengendynamik erklären kann. Vielleicht auch nur ein Drittel, nach den Daten der Begleitforschung. Es kann sein, dass der medizinisch-technische Fortschritt zu

zusätzlichen Fällen führt, was bei Produktinnovationen durchaus möglich ist. Eine weitere Möglichkeit ist die angebotsinduzierte Nachfrage – es wurde die Wirbelsäulenchirurgie genannt. Die angebotsinduzierte Nachfrage liegt in der Natur der Sache. Wir haben einen Markt mit einer großen Informationsasymmetrie. Der Arzt weiß mehr als der Patient und kann ihm natürlich zusätzlich Leistungen aus dem Graubereich verkaufen. Dies ist den Krankenhäusern auch nicht vorzuerwerfen. Man muss deshalb ein kluges Vergütungssystem aufbauen. Wie kann man das Mengenwachstum nachhaltig abbremsen? Wir haben ein reguliertes System und sicherlich kein optimales Vergütungssystem. Es wird immer Vor- und Nachteile geben. Die Frage ist, ob es ein System gibt, mit dessen Nachteilen man leben kann. Kann man ein System finden, das mehr Freiheiten zulässt, um solche Mengenentwicklungen möglichst bereits am Anfang auszubremsen? Wir sagen ja. Man könnte z. B. auf der dezentralen Ebene stärker selektivvertragliche Lösungen erlauben, so dass man dezentral über Mengen und Qualität diskutieren kann. Wohlwissend, dass man in einem eher planwirtschaftlichen System mit einem solchen Vorschlag mehr Skepsis erfährt, haben wir uns der Idee angeschlossen, einen Zertifikatehandel zu befürworten. Das würde bedeuten, den Krankenhäusern eine bestimmte Menge an Casemix-Punkten zu erlauben – in der Summe landes- oder bundesweit. Möchte ein besonders produktives Krankenhaus seine Menge ausdehnen, kann es von Krankenhäusern, die weniger produktiv sind oder keine Ausweitung wollen, Casemix-Punkte abkaufen. Damit haben Sie die volle Kontrolle über die Menge. Zusätzlich müssten Sie wahrscheinlich eine Art Mehrleistungsabschlag bei Mengen, die ohne Zertifikat erbracht werden, einbauen. Dies kann man diskutieren. Dies ist ähnlich einem System mit Mehrleistungsabschlag und einem Minderleistungszuschlag als symmetrischem Gegenpol. Der Handel hört sich vielleicht schrecklich an, das ist er aber nicht, weil es ähnliche Modelle, die nur anders hei-

ßen, bereits gibt. Den Vorschlag des Bundestags, die Fixkostendegression zu streichen und den Mehrleistungsabschlag auszuweiten, kann man im Prinzip umsetzen. Aus unserer Sicht ist es aber eine kleine Bremse hinsichtlich der Mengendynamik. Der Anreiz des Krankenhauses, in die Menge zu gehen, wird zumindest ein bisschen verringert. Gleichzeitig muss man sagen, dass die Reduzierung des Landesbasisfallwertes, wenn mehr Menge erbracht wird, entfällt. Damit entfällt wieder eine kleine Bremse. Denn es gilt, wenn der Preis steigt, ist die Neigung, in die Menge zu gehen, größer. Insofern haben wir hier zwei widerstrebende Richtungen. Wir halten den Vorschlag für umsetzbar, allerdings nicht für die Lösung des Problems.

Die **Vorsitzende**: Das war ein Vorschlag des Bundesrates bzw. von Bayern zum Psychentgelt. Weil der Kollege sich darauf bezogen hat, habe ich die Frage gestattet. Ich will aber darauf hinweisen, dass der Beratungsgegenstand der Gesetzentwurf und vor allen Dingen die Anträge sind. Hierzu können Fragen gestellt werden.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Die Stellungnahme des Bundesrates ist ebenfalls Bestandteil des Gesetzgebungsverfahrens und dieser Anhörung.

Die **Vorsitzende**: Ich möchte klarstellen, dass die Vorschläge des Bundesrats nicht Gegenstand der Beratung sind. Die Drucksachen, die Beratungsgegenstand sind, habe ich vorgetragen. Ich habe die Frage zugelassen, weil sie sich darauf bezieht, aber es ist ein Thema, das eine neue Anhörung wert ist.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Die Geschäftsordnung sieht es aber anders. Insofern werde ich ein letztes Mal zur Stellungnahme des Bundesrates fragen. Danach sind wir wieder beim Psychentgelt.

Die **Vorsitzende**: Um das klarzustellen: Das ist nicht Gegenstand der Beratung und ich bitte Sie, sich auf die Vorschläge der Koalitionsfraktion zum Gesetzentwurf – wir haben Änderungsanträge vorliegen – zu beziehen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Das sehe ich grundsätzlich anders, Frau Vorsitzende.

Die **Vorsitzende**: Das können wir gerne in der Obbleuterunde diskutieren. Jetzt bitte ich Sie, zum Psychentgelt zu fragen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich könnte fragen, ob die Häuser, die gleichzeitig im psychiatrischen und im somatischen Bereich tätig sind, im Zweifel finanzielle Herausforderungen zu stemmen haben. So hat es auch der Bundesrat dargestellt. Es gibt gewisse Herausforderungen, die eine Unterstützung des psychiatrischen und psychosomatischen Bereichs durch den rein somatischen Bereich schwieriger machen. Der Bundesrat ist der Auffassung, dass die Sparmaßnahmen für 2011 und 2012 möglicherweise für alle Krankenhäuser eine existenzielle Bedrohung darstellen. Von Dr. Augurzky möchte ich wissen, ob diese Einschätzung richtig ist, und ob der Drang in die Mehrleistung eventuell durch die fehlende Investitionsbereitschaft – auch in psychiatrischen Einrichtungen – seitens der Länder, zu begründen ist. Denn die Häuser müssen ihre Investitionen aus den laufenden Einnahmen refinanzieren.

SV **Dr. Boris Augurzky**: Wir untersuchen regelmäßig die Jahresabschlüsse von nahezu jedem zweiten Krankenhaus. Aktuell liegen die Abschlüsse von 2010 vor, die auf Basis der bekannten Kostenerlösentwicklungen für die Jahre 2011 und 2012 hochgerechnet werden. Zwar ist noch Vieles vorläufig, weil wir uns mitten in den Berechnungen befinden, aber ich kann doch einige Eckdaten nennen. 2010 war für die Krankenhäuser ein relativ gutes

Jahr. Nur zehn Prozent aller Häuser hatten eine erhöhte Insolvenzgefahr – das ist nicht schlecht. Allerdings hat sich durch das GKV-Finanzierungsgesetz die Situation etwas verschlechtert. Im Jahr 2011 betrug das Preiswachstum maximal 0,9 Prozent – ich glaube die Basisfallwerte lagen bei 0,4. Im Jahr 2012 waren es maximal 1,5 Prozent. Die Löhne, das hat Herr Baum bereits ausgeführt, orientieren sich eher in Richtung 2,5 bis 3 Prozent. Somit gibt es eine Lücke. Die Frage ist, wie diese Lücke geschlossen werden kann. Dr. Leber hat bereits angedeutet, dass die Lücke über die Menge geschlossen wird. In der Summe rechnen wir im Jahr 2011 mit einem Erlöswachstum von 3,3 Prozent und einem Kostenwachstum von 4,3 Prozent. Für 2012 schätzen wir ein Erlöswachstum von 3,7 Prozent und ein Kostenwachstum von 4,1 Prozent. Es gab demnach 2011 eine größere Lücke, die aber aufgrund der guten Ausgangslage im Jahr 2010 wahrscheinlich geschlossen wurde. Wir vermuten, dass die sich im Jahr 2012 ergebende 330 Millionen-Euro-Lücke schwieriger zu schließen sein wird. Deswegen gehen wir von einer steigenden Zahl von Krankenhäusern aus, die eine erhöhte Insolvenzgefahr haben – nämlich 16 Prozent gegenüber zehn Prozent im Jahr 2010. Die Gefährdung steigt generell für alle Krankenhäuser, sowohl für die somatischen als auch für die psychiatrischen. Es stellt sich die Frage, ob dadurch die Versorgungssicherheit gefährdet wird. Dies ist nicht notwendigerweise der Fall, da es nicht immer negativ sein muss, wenn ein Krankenhaus schließt. Das hängt von der Region ab und davon, ob es Nachbarkrankenhäuser gibt. Zusammenfassend kann ich sagen, dass das eine oder andere Krankenhaus existenzielle Probleme bekommen wird. Man kann sich nun überlegen, ob man diese Lücke schließen oder ob man über andere Maßnahmen nachdenken möchte. Die wirtschaftliche Lage der psychiatrischen Kliniken ist im Übrigen besser als der Durchschnitt.

Abg. **Stefanie Vogelsang** (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen an Frau Dr. Hauth von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und an Frau Dr. Munk vom Träger

Vivantes in Berlin. Ich möchte auf das Psychiatrieentgeltgesetz zurückkommen. Das Psychiatrieentgeltgesetz ist eine Reform des Entgeltsystems und nicht der Versorgung. Nichtsdestotrotz interessiert mich die besondere Stellung der Chefärzte für psychiatrische Versorgung gegenüber ihren Klinikleitern bei den Abteilungsbudgetverhandlungen. Die Verhandlungsposition ist in den letzten zwei Jahrzehnten durch die Psych-PV gestärkt worden. Wir wissen und haben vielfach gehört, dass die Psych-PV nicht zu 100 Prozent umgesetzt wurde, aber eine relativ starke Stütze bei den Verhandlungen mit den Krankenhausmanagern war. Wie beurteilen Sie die im Gesetzentwurf geplanten Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses im Verhältnis zu ihrer derzeit starken Stellung gegenüber den Krankenhausleitern bei den Verhandlungen des Abteilungsbudgets? Im Bereich Psychiatrie und Somatik gibt es bei der Kodierung starke Unterschiede. Wie genau unterscheidet sich Ihrer Meinung nach der Aufwand, den Sie zukünftig nach den neuen Richtlinien bei der Kodierung haben werden, im Verhältnis Psychiatrie und Somatik? Bei der Einführung der DRG wurde ständig das Argument des großen Verwaltungsaufwands angeführt. Im Nachhinein ist aber alles ganz vernünftig – sicherlich mit der einen oder anderen Geburtswehe – über die Bühne gegangen. Deshalb würde mich der Unterschied zwischen der Psychiatrie und der Somatik interessieren.

Sve Dr. Iris Hauth (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)): Sie haben schön beschrieben, dass leitende Ärzte oder leitende Pflegekräfte im Rahmen der Psych-PV gesichert waren. Ich will nicht wiederholen, wie wichtig es ist, dass ausreichendes und qualifiziertes Personal angestellt ist, denn dies ist in der Psychiatrie der Wirkfaktor schlechthin. Es besteht deshalb die Sorge, dass, falls es keine normative Regelung gibt und nur auf dem Ist-Zustand aufgesetzt wird, die Träger Einsparpotenziale sehen könnten, um

dadurch den Shareholder-Value zu verbessern. Insofern sind normative Vorgaben sicher sinnvoll. Ich habe nur Sorge, dass das, was der G-BA eigentlich tun sollte, nämlich Personalvorgaben als strukturgebende Maßnahmen zu machen, nicht richtig ausformuliert ist. Es wäre wichtig, dies zu definieren. Was mir aber noch viel größere Sorgen bereitet ist, dass eine Richtlinie des G-BA bindend und im Sinne von MDK-Prüfungen auch überprüfbar sein wird. Unter Transparenzgesichtspunkten wäre dies nicht schlimm. Betrachten wir aber den Schauplatz der jährlichen Tarifverhandlungen und deren Finanzierung, stellen wir fest, dass die Tarifierhöhungen nicht vollständig gegenfinanziert werden. Es ist zu erwarten, dass es wieder zu einer Differenz oder einem Gap zwischen dem vorhandenen Personal, dem geforderten Personal und dem finanzierbaren Personal kommt. Dann drohen Probleme. Das bedeutet „Ja“ zu normativen Vorgaben, wenn daran geknüpft ist, dass diese, wie bei der Psych-PV, auch finanziert werden. Ansonsten ergibt es keinen Sinn.

Sve Dr. Ingrid Munk: Die Psych-PV wurde heute sehr häufig erwähnt. Die Psych-PV ist nicht nur ein Instrument zur Personalbemessung, sondern enthält Leistungsbeschreibungen und über die Strukturqualität bestimmte Qualitätsindikatoren. Zurzeit ist es so, dass wir nicht wissen, wo und in welchem Umfang die Psych-PV umgesetzt ist. Das ist von Klinik zu Klinik unterschiedlich und hängt u. a. vom Binnenverhältnis zwischen Chefarzt und Träger oder dem Verhältnis der Kliniken untereinander ab. Es spielt auch eine große Rolle, dass zwar in den Budgetverhandlungen die Stellen, aber nicht die entsprechenden Schnittkosten verhandelt werden, so dass sich im Laufe der Jahre eine Tarifschere geöffnet hat. Da die Personalkostensteigerungen nicht refinanziert werden, entsprechen die finanzierten Stellen nicht den verhandelten 100 Prozent nach Psych-PV. Das ist ein Problem, das bei den Nachverhandlungen eine große Rolle spielt und das meiner Mei-

nung nach dringend überprüft oder kontrolliert werden muss. Da es keine wirklich belastbaren Daten gibt, halte ich es für sinnvoll, externe Kontrollen gesetzlich zu etablieren. Dadurch wird auch in diesem Bereich Transparenz hergestellt. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Psych-PV 2017 abgeschafft wird. Mein Wunsch wäre, diesen Zeitpunkt nochmals zu überprüfen. Denn die Kriterien, die neu angelegt werden, sollen zwar auf der Psych-PV aufsetzen, aber ob wirklich eine tragfähigere Personalbesetzung entwickelt werden kann, möchte ich dahingestellt lassen.

Sve Dr. Iris Hauth (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)): Hinsichtlich der Unterschiede bei der Kodierung und beim Kodieraufwand denke ich, dass der Kodieraufwand geringer wird, wenn sich die Kliniken IT-technisch und generell darauf eingestellt haben. Das größere Problem ist, die Leistungen in der Psychiatrie zu beschreiben. Ich hatte bereits lax auf die Schnittnahtzeiten hingewiesen. Es sind eben keine Operationen zu beschreiben. Wenn man aber weiß, was beschrieben werden soll, können diese Aufgabe Kodierassistenten übernehmen. Das Problem besteht in der Leistungsbeschreibung in der Psychiatrie. Zwar können die 25 Minuten, die wir im Moment im Rahmen der OPS haben, beschrieben werden. Allerdings gehen viele Leistungen nicht in den 25 Minuten, sondern in vielen Kurzkontakten auf. Die ersten Ergebnisse haben gezeigt, dass sich zwischen zehn und 30 Prozent der Leistungen mit OPS darstellen lassen. Die restlichen Leistungen sind aber schwer zu beschreiben, da es hauptsächlich viele Kurzkontakte, Beratungen und Patientenzuwendungen sind. Das InEK und die Fachgesellschaften sind im Moment dabei, die verschiedenen Leistungen zu gewichten und sinnvoll in die Kalkulation einzubringen. Mir fiel auf, dass jemand sagte, Hochleistungskliniken müssten besser bezahlt werden. Das ist der Denkansatz aus der Somatik. In der Psychiatrie gibt es keine Hochleistungskliniken. Wesentlich sind immer wieder Ge-

sprache – Einzelgespräche, Psychotherapie, Gruppentherapie. Hier gibt es keine Hochleistungen. Wir müssen uns alle über die Leistungsbeschreibung Gedanken machen bzw. uns darüber verständigen.

Sve Dr. Ingrid Munk: Wir haben über die Jahre eine ärztliche, pflegerische und therapeutische Dokumentation der erbrachten Therapien. Diese ist patientenbezogen und beschreibt wie sich der Patient verändert oder welche Dynamik sich z. B. in der Therapiegruppe ergibt. Dazu kommen Aufnahmen, Befunde, psychopathologische Befunde und Arztbriefe sowie die schriftliche Beantwortung von MDK-Anfragen. Diese gesamte Dokumentation wird seit zwei oder drei Jahren als Datensatz an die Krankenkassen geliefert. Das erfordert einen OPS, der Regelintensivbehandlung, Zusatzentgelte sowie die Einschätzung der 25-Minuten-Leistung erfasst. Diese OPS-Kodierung muss jeden Tag patientenbezogen durchgeführt werden. Aus meiner Erfahrung werden für 20 Patienten eine bis 2,5 Stunden pro Woche benötigt. Parallel zum OPS haben wir seit einigen Jahren ein zweites, zusätzliches Erfassungssystem, die sogenannten Pseudo-OPS. Während früher die Erfassung der Patientenzusammensetzung nach Psych-PV vierteljährlich erfolgte, ist nun eine tägliche Erfassung erforderlich. Hierzu benötigt der zuständige Ober- oder Assistenzarzt für 20 Patienten sicherlich eine halbe Stunde pro Tag. Ich sage das so ausführlich, weil mein Plädoyer dahin geht, dass alles, was sich nach dem neuen Entgeltgesetz als nicht kostentrennend und als nicht wirklich weiter- und ziel führend für die Kalkulation oder was auch immer erweist, sofort abgeschafft werden sollte. Die beiden parallelen Dokumentationssysteme kosten uns sehr viel Zeit. Im Moment ist dies zwar nicht budgetrelevant. Wir gehen aber davon aus, dass die Relevanz und die Genauigkeit der Dokumentation nach dem neuen Entgeltgesetz noch detaillierter werden muss. Dies würde einen erheblichen zusätzlichen bürokratischen Aufwand bedeuten. Wenn dem nicht so sein sollte, wären wir froh.

Ich bitte darum, die einzelnen Parameter durchzugehen und möglichst Routinedaten zu verwenden. Zur Leistungserfassung möchte ich abschließend darauf hinweisen, dass sich all das, was wir im Moment erfassen, nach meinen Informationen nicht als kostentrennend erwiesen hat. Demnach könnte man ab nächster Woche darauf verzichten, ohne dass sich am Kalkulationsprozess oder am Entgeltgesetz etwas ändern würde.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Frau Vorsitzende, ich möchte mich nur kurz zur Geschäftsordnung äußern. Die Drucksache 17/8986, die Gegenstand dieser Anhörung ist, beinhaltet ab Seite 54 die Stellungnahme des Bundesrates. Das heißt, diese ist Bestandteil der Anhörung. Ich will dies nur klarstellen.

Die **Vorsitzende**: Sie konnten Ihre Fragen auch alle stellen, das habe ich sehr großzügig gehandhabt.

Abg. **Angelika Graf (Rosenheim)** (SPD): Wir haben uns heute intensiv mit den Problemen der Psych-PV beschäftigt. Frau Dr. Munk hat zum Schluss den Qualitätsstandard, der durch die Psych-PV beschrieben wird, erwähnt. Ich habe eine Frage an die DGKJP und die DGGPP sowie an die Aktion Psychisch Kranker e. V. und an ver.di zu den Folgen für den Personalbestand und die Behandlungsqualität in psychischen und psychosomatischen Einrichtungen, wenn die Psych-PV aufgehoben wird. Wie schätzen Sie diese Folgen ein? An ver.di habe ich eine Zusatzfrage. Wie bewerten Sie die im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgenommene neue Regelung des Tarifausgleichs nach § 10 Absatz 4 Bundespflegeverordnung-Neu und die möglichen Auswirkungen für tarifgebundene Einrichtungen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung?

SV **Prof. Dr. Jörg. M. Fegert** (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)): Ich schätze die Folgen für den Bereich der Kinder und Jugendlichen besonders problematisch ein, weil wir hier den höchsten Personalaufwand haben. Das heißt, die Tarifschere, die von allen Beteiligten mehrfach angesprochen wurde, schlägt sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie am stärksten nieder. In der von Prof. Kruckenberg erwähnten APK-Erhebung zur Personalausstattung in der Psychiatrie war auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie einbezogen. Damals haben sich in diesem Bereich die eklatantesten Personalmängel objektiviert. Unser Fach ist das am veränderungssensibelste. Deshalb mein Appell: Anarchie bringt uns nicht weiter, sondern Transparenz. Die Daten müssen auf den Tisch. Wir können keinen Unterpand wie die Psych-PV aus der Hand geben, bevor nicht die Daten bekannt sind und man weiß, wie das neue System funktioniert. Dieses Unterpand quasi einzusetzen, um Anreize zu geben, ist für mich absurd, weil wir in vielen Punkten noch im Blindflug sind und vor allem die fachspezifischen Kostentrenner nicht kennen. Das InEK hat den Eindruck erweckt, dass die Daten repräsentativ sind. Für den Kinder- und Jugendbereich würde ich diese Aussage bis zur Veröffentlichung der Daten infrage stellen.

SV **Prof. Dr. Hans Gutzman** (Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und-psychotherapie e. V. (DGGPP)): Wenn das neue Entgeltsystem wirklich zu leistungsbezogenen Entgelten führen soll, erwarten wir, dass zunächst die bestehenden erheblichen Ungleichgewichte in der Personalausstattung der Psych-PV zu Gunsten der älteren Patienten ausgeglichen werden. Immer wieder wird der Psych-PV so etwas wie eine naturgesetzliche Weisheit zugesprochen. Es gibt aber Bereiche, in denen diese Weisheit weniger ausgeprägt ist als in anderen. Alterspsychiatrische Patienten werden seit 1991 systematisch benachteiligt, indem ihnen in der Psych-PV die geringsten ärzt-

lich-psychologischen Ressourcen zugestanden werden. Das trifft besonders die Kategorie der schwer psychisch Kranken. Die ärztlich-psychologischen Personalstellen liegen in der Allgemeinpsychiatrie um 30 Prozent und in der Suchtpsychiatrie um mehr als 50 Prozent über denen der Gerontopsychiatrie. Wir haben also Nachholbedarf. Gleichzeitig steigt das Durchschnittsalter und die somatische Komorbidität nimmt deutlich zu. Gerade hier wäre eine Verstärkung der ärztlichen Kapazitäten notwendig. Die Patienten werden kränker, dies erfordert entsprechende Konsequenzen. Wir müssen das System zukunftsfest machen, indem wir die wachsende Zahl der älteren Patienten, auch in der Psychiatrie, stärker berücksichtigen. Die Gültigkeit des Leistungsbezugs wird sich nicht zuletzt an der Qualität der Versorgung älterer Patienten erweisen. Insgesamt ist die Psych-PV für die Gerontopsychiatrie weniger strahlend als für andere Bereiche.

SV Prof. Dr. Heinrich Kunze (Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)): Ich möchte auf zwei Aspekte hinweisen, die in diesem Zusammenhang noch nicht genannt wurden. Das neue Entgeltsystem stellt uns in Aussicht, dass im Jahr 2017 Basisentgeltwerte vorhanden sind, die eine angemessene Leistung finanzieren. Die Voraussetzungen hierfür sind, dass bei der Entwicklung der Leistungsbeschreibung auch die notwendigen Leistungen, von der Art und dem Umfang her gesehen, eingehen und dass bei Beginn der Konvergenzphase das entsprechende Ressourcen-Ist im System vorhanden ist. Dies sind aber nur Annahmen. Wir wissen nicht, ob sie 2017 eingetreten sind. Nimmt man die Psych-PV, obwohl sie bereits so alt ist, als Unterpfand, dann wissen wir, wie unzureichend dies ist. Das hat Prof. Gutzman völlig zu Recht kritisiert. Zum anderen geht die Psych-PV von dem Leistungsgeschehen aus, wie es sich uns 1991 und in den Jahren davor darstellte. Sie können sich heute die damaligen Verweildauern gar nicht mehr vorstellen. Wir haben ohne Änderung bzw. ohne Aufsto-

ckung der Psych-PV die Leistungsverdichtung der letzten 20 Jahren, die uns selber überrascht hat, durch Prozessoptimierung und andere Maßnahmen aufgefangen. Deshalb bietet die Psych-PV keine Basis für eine opulente oder großzügige Ausstattung. Wenn diese noch unterschritten wird, dann haben wir große Zweifel, ob die Voraussetzungen zum Einstieg in die Konvergenzphase erfüllt sind. Deswegen ist unser Grundgedanke, kein Datum ins Gesetz zu schreiben, sondern die Frage, ob die Voraussetzungen erfüllt sind, die für die so genannte Abschaltung der Psych-PV erfüllt sein sollen. An diesem Punkt gelangen wir wieder zur Frage des Zwischenberichtes und der Bewertung durch die Sachverständigenkommission.

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Bei der Beantwortung der Frage nach den Auswirkungen der Abschaffung der Psych-PV kann ich mich auf die Ausführungen von Frau Dr. Munk beziehen. Die Psych-PV ist im Wesentlichen auch eine Qualitätsbemessung. Für das Personal entsteht bei der Abschaffung Psych-PV die Situation, dass die Stellen dort geschaffen werden, wo man die Erlöse erwartet. Das ist klar und nachvollziehbar. In den Einrichtungen ist bereits jetzt zu sehen, dass ein Berufsgruppendenken anstelle der therapeutischen Teamarbeit stattfindet und dass Entwicklungen angestoßen wurden, die bereits im Vorfeld dieses Gesetzes stärker in das Berufsgruppendenken gehen. Ich halte dies auch im Kontext der Qualität der Leistung durch das Personal für eine sehr problematische Entwicklung. Die Tarifraten werden weiterhin in § 10 Absatz 4 des Gesetzes berücksichtigt. Dies ist so lange erforderlich, wie es die Veränderungsrate gibt. Im Gegensatz zur bisherigen Regelung in § 6 Absatz 2 Bundespflegegesetzverordnung wird allerdings in Zukunft die Tarifraten nicht mehr auf der Ebene der Einrichtung, sondern auf der Landesebene umgesetzt. Es fehlt eine Regelung, wie wir sie bei den Krankenhäusern hatten. Dort hatten wir 2008/2009

eine Umsetzung der Tarifraten. Damals wurden die Einrichtungen mit einem Abschlag belegt, wenn sie überfinanziert waren, das heißt, wenn die tarifbedingten Erhöhungen oberhalb des einschlägigen Tarifvertrages lagen. Wenn in dieser Situation die verbindliche Personalbemessung nach der Psych-PV aufgehoben wird, kommt es zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Einrichtungen. Es werden dann, wie bei den Krankenhäusern, mehr und mehr Einrichtungen aus den Tarifverträgen herausgehen. Das ist für uns ein besonderes Problem. Wir haben derzeit im Gesundheitswesen nahezu 2.000 Tarifverträge zu betreuen. Das bringt selbst eine Gewerkschaft wie ver.di an ihre Grenzen.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Wir haben sehr viel über Kodierung und über Qualitätssicherung gesprochen. Deswegen habe ich eine Frage an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Das Leben ist anhand der Alterslebensstufen aufgeteilt: Es gibt die Kinder und die Jugendlichen, die Älteren und die Alten. Es gibt aber auch die Frauen und die Männer und es gibt Menschen mit Migrationshintergrund. Mit welchen Qualitätskriterien möchte der G-BA sicherstellen, dass auch diese Gruppen entsprechend berücksichtigt werden? Frau Dr. Munk frage ich, welche speziellen Herausforderungen ergeben sich für die Form der Gesetzgebung und des Leistungsvollzugs aus diesen Kriterien, die nicht nur altersbezogen sind?

SV **Dr. Josef Siebig** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Als Hüter der Qualitätssicherung sind wir natürlich grundsätzlich daran interessiert, die Qualität zu fördern und sämtliche Aspekte mit einzubeziehen. Nur ist die Qualitätssicherung ein sehr umfangreiches Projekt – ich erinnere an die Wortbeiträge von heute. Die Einbeziehung der Patientenperspektive sowie die Einbeziehung des Prozesses durch die Mehrzeitpunktmessung wurden auf den Weg gebracht. An der Einbeziehung der Routinedaten arbeiten wir. Bei

der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung besteht das Problem darin, dass die sektorenübergreifende Versorgung im großen Maße noch nicht existiert, wir sie aber sichern sollen. Differenzierte Kriterien, wie Sie sie angeschnitten haben, werden im ersten Schritt keine Berücksichtigung finden können, weil wir uns zunächst auf die Hauptfragen der Qualitätssicherung konzentrieren müssen. Hier steht an erster Stelle: Was gibt es an etablierten, aussagefähigen, validen und zuverlässigen Qualitätsindikatoren, die sich möglichst evidenzbasiert in der Literatur niedergeschlagen haben? Diese gilt es fokussiert auf die schweren Behandlungsfälle anzuwenden. Das wird der erste große Schritt sein. Im Laufe der Zeit wird man, so wie wir es im Allgemeinen Krankenhaus auch gemacht haben, immer mehr Aspekte einbeziehen. Flankierend zur Einführung des DRG-Systems sind in diesem Bereich inzwischen 400 Qualitätsindikatoren identifiziert. Im Rahmen der Weiterentwicklung wird man sich im Laufe der Zeit auch dem von Ihnen, Frau Rawert, angeschnittenen Fragenkomplex annähern müssen.

Sve **Dr. Ingrid Munk**: Ich denke, dass es ein wichtiger Punkt ist, insbesondere die Gruppe der Migranten zu berücksichtigen. In unserer Klinik liegt der Anteil der Migranten bei über 25 Prozent. Ich würde gerne den Bogen von der Qualitätssicherung über den Entwurf des Entgeltgesetzes bis hin zur Leistungserfassung spannen. Patienten mit Migrationshintergrund sind deutlich aufwendiger als andere Patienten, weil wir oftmals Dolmetscher benötigen, die Geld kosten, das nicht im Pflegesatz enthalten ist. Bei der Kalkulation müssen solche zusätzlichen Kosten und zusätzlichen Aufwände für meine Begriffe erfasst werden.

Die **Vorsitzende**: Ich darf mich bei allen ganz herzlich für Ihr Kommen und vor allen Dingen für die Antworten bedanken. Vielen Dank, dass Sie hier waren. Ich wünsche Ihnen einen guten Heimweg.

Sitzungsende: 16:06 Uhr