

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0249(16)  
gel. VB zur öAnhörung am 23.4.  
12\_PsychEntgelt  
17.04.2012



**Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft**

## **Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft**

**– ver.di**

zum

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz - PsychEntgG) – BT-Drs. 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-Drs. 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-Drs. 17/5119

**zur Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit  
des Deutschen Bundestages am 23. April 2012**

**Berlin, 16. April 2012**

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

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

## Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz - PsychEntgG) – BT-Drs. 17/8986

### **I. Problem und Ziel**

Mit dem PsychEntgG soll der Gesetzesauftrag gemäß § 17d KHG aus dem Jahr 2009 umgesetzt werden, die bisher tagesgleichen Pflegesätze durch ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem für die Leistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen abzulösen. Der Gesetzgeber hatte die Selbstverwaltungspartner beauftragt, ein solches System zu entwickeln. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll der gesetzliche Rahmen für die Ein- und Überführungsphase des Psych-Entgeltsystems bis zum 1. Januar 2022, die Vergütungsvereinbarungen, die Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts, Möglichkeiten zur Stärkung sektorenübergreifender Ansätze sowie weitere begleitende Maßnahmen vorgegeben werden.

### **II. Allgemeiner Teil**

#### Vorbemerkungen

Bei der Einführung eines leistungsbezogenen und pauschalierenden Vergütungssystems für allgemeine Krankenhausleistungen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) wurden die Psychiatrie, die Kinder,- und Jugendpsychiatrie und die Psychosomatik von dem neuen Vergütungssystem ausgenommen. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 17. März 2009 wurde auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems beschlossen (§ 17d KHG). Anders als die DRGs bilden tagesbezogene Entgelte die Grundlage. Weiterhin wurde vorgegeben, dass von den Behandlungsbereichen nach der Psychiatrie – Personalverordnung (PsychPV) auszugehen ist. Geprüft werden sollte auch inwieweit im Krankenhaus ambulant zu erbringende Leistungen und Leistungen aus anderen Versorgungsbereichen (integrierte Versorgung) in das neue Vergütungssystem einbezogen werden sollten. Weil es sich bei der Einführung des neuen Entgeltsystems und dessen Wirkungen auf die Versorgungspraxis um ein lernendes System handeln soll, ist eine Begleitforschung durchzuführen. Deren erste Ergebnisse sind im Jahr 2014 zu veröffentlichen.

Die Gewerkschaft ver.di hat bereits im Gesetzgebungsverfahren zum KHRG auf mögliche Risiken eines durchgängig leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser hingewiesen, die es zu vermeiden gilt. Eine hochwertige personenzentrierte, gemeindenaher und vernetzte regionale Versorgung müsse absolut Priorität haben. Anders als im somatischen Bereich erleben psychisch Erkrankte sehr individuelle Krankheitsverläufe, die von unterschiedlichen Determinanten (Familie,

Arbeitssituation, Wohnort, Behandlungsmöglichkeiten u.a.m.) abhängig sind. Ein pauschalierendes System kann daher auch dann an seine Grenzen geraten, wenn wie vorgesehen der unterschiedliche Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden ist.

Keinesfalls können Fallpauschalen die Behandlungsbedarfe psychisch kranker Menschen abbilden. Sie sind für die psychiatrische Versorgung ungeeignet und müssen daher für diesen Bereich der Versorgung zwingend durch gesetzliche Vorgabe ausgeschlossen werden.

### Bedarfsgerechte Versorgung

Die Anpassung an neue Entwicklungen und an neue Versorgungsstrukturen muss auch in einem pauschalierenden Entgeltsystem gewährleistet werden. Es muss darauf reagieren können, dass in der stationären Versorgung der Anteil von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheitsverläufen und komplexem Behandlungs-, Pflege, und Hilfebedarf steigt. Andererseits müssen personenzentrierte Behandlungs- und Hilfesettings im außerklinischen Bereich organisiert und gesteuert werden, um das Empowerment des Patienten und seines Lebensumfeldes zu fördern. Aus diesem Grunde müssen sich auch psychiatrische Krankenhäuser in Zukunft auf den Ausbau integrierter, gemeindenaher und personenzentrierter Angebote konzentrieren können. Ein pauschalierendes Entgelt allein für den stationären Sektor widerspricht diesem Bedarf. Die vom Gesetzgeber formulierten Prüfaufträge sind daher von Anfang an in die Gestaltung des Vergütungssystems einzubeziehen. Die vorgesehene Begleitforschung ist bereits während der Entwicklungsphase unabdingbar.

### Weiterentwicklung der Psychiatrie-Personalverordnung

Ebenso muss die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) die Grundlage für die Festlegung der leistungsorientierten Entgelte bilden. Spätestens die Erfahrungen aus der Umsetzung der DRGs haben gezeigt, welche unerwünschten Wirkungen entstehen, wenn eine Personalregelung lediglich zum Berechnungsinstrument wird. Dann nämlich entsteht ein ökonomischer Anreiz zum Personalabbau. Für die psychiatrische Versorgung wäre das eine Katastrophe. Neben der möglichst kurzen Akutbehandlung, Therapie, Pflege und Rehabilitation, ist eine Kernaufgabe, personenzentrierte Behandlungs- und Hilfesettings im außerklinischen Bereich zu organisieren und zu steuern, die die Förderung des Empowerments der Patientinnen und Patienten und ihres Lebensumfeldes in den Vordergrund stellen.

ver.di hat daher erhebliche Bedenken gegen das Vorhaben des Gesetzgebers die Vereinbarung von erforderlichen Personalstellen nach der PsychPV nur noch den Optionskrankenhäusern zu ermöglichen und die PsychPV zum 1. Januar 2017 endgültig aufzuheben. Die PsychPV wird daher hinsichtlich der tatsächlichen Personalausstattung bereits im Vorfeld der Einführung des neuen Vergütungssystems zur „lahmen Ente“.

Auch bei den allgemeinen Krankenhäusern hat sich gezeigt, dass die Berechnung nach einem Personalbemessungssystem dauerhaft erforderlich ist. So wird bei den DRGs im Hintergrund immer noch mit der Pflegepersonalregelung (PPR) gerechnet, obwohl diese bereits 1993 ausgesetzt und 1996 endgültig aufgehoben wurde. Die PPR bildet allerdings die Krankenhausrealität der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts ab. Eine Weiterentwicklung wurde mit der Aufhebung blockiert.

Mit der Herabstufung zum reinen Kalkulationsinstrument, konnte die PPR nicht verhindern, dass es in den Folgejahren und insbesondere mit der Einführung der DRG-Entgelte zu einem erheblichen Personalabbau vor allem im Bereich der Pflegeberufe kam. Die dadurch weithin sichtbaren Qualitätsprobleme in der Patientenversorgung und die Sicherheitsmängel bei den Abläufen, die Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen; die fehlende Vereinbarung von Familie und Beruf sowie die Einschnitte bei den Vergütungen hatten schließlich teure Reparaturen am System erforderlich gemacht. Zu nennen sind z.B. das Pflegeförderprogramm und die neu entstehenden Probleme der Abbildung hochaufwändiger Pflege im Fallpauschalenkatalog. Und es gibt bislang auch kein Instrument, das garantiert, dass die in den Berechnungsgrundlagen der Fallpauschalen zugrundegelegten Stellenanteile tatsächlich zur Verfügung gestellt werden.

Die Personalbemessung im Krankenhaus ist nach wie vor eine „Black-box“. Die Kassen können zwar nach Einführung der DRGs sagen, was sie für einen „Fall“ bezahlen, sie wissen jedoch nicht, welche Qualität und welche Sicherheitsstandards sie ihren Versicherten zur Verfügung stellen und unter welchen Arbeitsbedingungen die Leistung erbracht wird. Ein lernendes System sollte auf diesen Erfahrungen der Krankenhäuser aufbauen und sie nicht ignorieren.

Die Erfahrungen der DRG - Krankenhäuser müssen sachgerecht auf die psychiatrische Versorgung übertragen werden. Dort hat die Beziehungsaufnahme der Patientinnen und Patienten mit qualifiziertem Personal entscheidende Bedeutung für die Behandlungsqualität. Voraussetzung ist die Schaffung eines entsprechenden Milieus. Die PsychPV gibt mit den beschriebenen Regelaufgaben den Qualitätsrahmen vor.

Dringend geboten ist die Weiterentwicklung der PsychPV im Rahmen des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie und eine vollständige Umsetzung der erforderlichen Personalbesetzung vor dessen Einführung. Die Überarbeitung der PsychPV ist auch deswegen notwendig, weil sich im psychiatrischen Krankenhaus die Profile und Aufgaben der Berufsgruppen verändert haben und weiter verändern werden. Schon mit dem Psychotherapeutengesetz (1998) sind neue Berufe entstanden, deren Berufs- und Tätigkeitsprofile in der PsychPV noch nicht berücksichtigt sind.

Eine Weiterentwicklung der PsychPV braucht eine gesetzliche Vorgabe. Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sind an dieser Stelle nicht ausreichend

### Dauer und Ausgestaltung der budgetneutralen Einführung

Angesichts der Tatsache, dass sich bei der Entwicklung des Entgeltsystems Verzögerungen ergeben – so wurde im Jahr 2011 lediglich eine wenig aussagekräftige Probekalkulation vorgenommen – erscheint der Beginn der Einführung des Entgeltsystems erst zum Jahr 2014 sinnvoll. Im vorliegenden Entwurf des Ministeriums ist dem, mit der Vorschaltung von zwei Optionsjahren (2013/2014) und einer sich anschließenden budgetneutralen Phase bis 2016, teilweise Rechnung getragen worden. Die budgetneutrale Einführung sollte darüber hinaus erweitert werden, bis die im Gesetz vorgeschriebene Personalausstattung finanziert und umgesetzt ist.

Bei der budgetneutralen Einführung stellt sich als wesentliches Problem die Erfassung der Daten nach den Vorgaben des DIMDI dar. Dessen Vorgaben im OPS mögen zwar die Dokumentation erleichtern, bilden jedoch die Versorgungsrealität im Leistungsspektrum der Psychiatrie nicht sachgerecht ab. Es ist nicht zielführend, wenn die Kriterien der Leistungserfassung z.B. eine

bestimmte Dauer von Therapieeinheiten oder Gruppengrößen Einfluss nehmen auf die Gestaltung der Versorgung. Eine bedarfsgerechte Versorgung muss aber absoluten Vorrang vor den Anforderungen zur Dokumentation haben.

Auch in der Somatik wurde seinerzeit eine budgetneutrale Einführung von zwei Jahren vorgesehen. Das erste Jahr war dabei als sog. Optionsmodell ausgestaltet. Es wurden Anreize geschaffen, um die Motivation zum Wechsel in das neue Vergütungssystem zu erhöhen, wie Aussetzen der Nullrunde, Reduzierung der Sanktionen bei Erlösdifferenzen. Auch für die Psychiatrie gibt es ein solches Anreizsystem. Die Optionshäuser können noch bis 2016 Personalstellen nach der PsychPV nachverhandeln. Dieser Anreiz greift allerdings zu kurz und birgt die bereits oben beschriebenen Gefahren. Erforderlich wäre vielmehr eine garantierte Finanzierung der Umsetzung der PsychPV zu 100 Prozent. Damit würde gleichzeitig dem Auftrag des Gesetzgebers entsprochen und eine gewünschte Entwicklung in den psychiatrischen Einrichtungen unterstützt.

### Dauer und Ausgestaltung der Konvergenzphase

Werden die Erfahrungen mit der Einführung des Entgeltsystems in der Somatik berücksichtigt, so scheint eine Konvergenzphase zwischen fünf und sechs Jahren realistisch. Dem entspricht auch der vorliegende Entwurf, der von den Jahren 2017 bis 2021 eine insgesamt 5-jährige Konvergenzphase vorsieht. Damit wird den psychiatrischen Einrichtungen die Möglichkeit gegeben, sich hinreichend auf die neue Entgeltgestaltung vorbereiten und einstellen zu können. ver.di hält diesen Zeitraum auch deshalb für erforderlich, um die Prüfaufträge aus dem KHRG vollständig abzuarbeiten und bislang existierende Finanzierungsmodelle z.B. Regionalbudget im Rahmen einer integrierten Versorgung, nicht zu gefährden.

### Nutzen des neuen Entgeltsystems

Vor dem Hintergrund, dass das derzeitige Entgeltsystem nur den stationären Bereich umfasst, sowie der Tatsache, dass aktuell das stationäre Leistungsgeschehen (präziser: das Leistungsgeschehen auf den „Stationen“) methodisch und mit einem angemessenen Aufwand nicht exakt ermittelt werden kann, erscheint es sinnvoll, das Entgeltsystem zunächst lediglich als Instrument zur rationaleren Budgetbemessung zu nutzen.

Darüber hinaus ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass die Fokussierung der Entwicklung des Entgeltsystems auf den Krankenhausbereich die stationäre Versorgungsform fördert. Damit würde die in der psychiatrischen Versorgung eigentlich gewollte milieu- und lebensfeldnahe Behandlung konterkariert. Solange die Frage der Einheit und Verknüpfung von Versorgung, Finanzierung und Entgeltsystem nicht beantwortet ist, ist aus unserer Sicht eine definitive Einführung als Preissystem, wie es der Entwurf des Ministeriums vorsieht, problematisch.

Das bisher entwickelte System weist eher Anreize zur Leistungsmaximierung auf. Dies ist weder im Interesse der Patienten, noch der Versicherten, noch der Beschäftigten. Vielmehr sollte eine realistische Budgetbemessung angestrebt werden, die der gewünschten Versorgungsrealität Rechnung trägt. Dies betrifft insbesondere die Sicherstellung der erforderlichen Strukturqualität und die Überprüfung der Ergebnisqualität mit nachprüfbaren Instrumenten.

### Berücksichtigung des Grundsatzes zur Beitragssatzstabilität

Die Beitragssatzstabilität war bisher durch die Vorgabe der Veränderungsrate bestimmt. Die Vorgaben wurden allerdings von den Krankenhäusern, einschließlich der psychiatrischen Kliniken unabhängig vom Vergütungssystem nie erreicht<sup>1</sup>. Die Verwerfungen hatten im Rahmen der DRG – Einführung bei der Anpassung der individuellen Krankenhausbudgets an die Landesbasisfallwerte noch zugenommen. Die Krankenkassen sprachen 2008 sogar von einem bedrohlichen Konvergenzsaldo von annähernd einer Milliarde Euro. Auch nach dem Ende der Konvergenzphase steigen die Ausgaben der Krankenkassen für die Krankenhausbehandlung überdurchschnittlich ohne jedoch die erforderlichen finanziellen Grundlagen für eine hohe Versorgungsqualität zu schaffen. Gute Arbeit wird trotz hoher Ausgaben noch immer schlecht bezahlt.

Wenn eine Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung erreicht werden soll, müssen die dafür erforderlichen Ausgaben – nicht mehr und nicht weniger - der Maßstab sein. Evtl. wäre zur Sicherung der Beitragssatzstabilität auch ein globales Regionalbudget denkbar. Eine konsequente Umsetzung der o.g. psychiatrischen Versorgung, die auch integrierte Ansätze beinhaltet, könnte sogar eine kostengünstigere Versorgung ermöglichen.

### Veränderungen für die Budgetverhandlungen

ver.di hält es für erforderlich, dass künftig im Rahmen von Verhandlungen nicht nur der stationäre Bereich vereinbart wird. Ziel muss vielmehr sein, auch Formen der ambulanten Behandlung bzw. der integrierten Versorgung im psychiatrischen Bereich bei den Vereinbarungen zu berücksichtigen.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen (2009) empfiehlt generell einen Wechsel im Gesundheitssystem von der traditionellen anbieter- und sektororientierten Versorgung zu einem zukunftsweisenden populationsorientierten und sektorübergreifenden Versorgungssystem. Dieser Wechsel ist in der Psychiatrie und Psychotherapie besonders dringlich und z.T. bereits im Gange. ver.di sieht einen solchen Wechsel für die Behandlung und Rehabilitation psychisch kranker Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen als vorrangig an.

ver.di hatte daher bereits an anderer Stelle dem Bundesgesundheitsministerium Überlegungen zu einem solchen Versorgungssystem vorgetragen:

*Versorgungsregion im Sinne des Sachverständigenrats sollten für erwachsene Patienten die Städte oder Landkreise sein. Die Leistungserbringung im Rahmen der Verpflichtungsversorgung sollte durch verantwortliches Management eines Zusammenschlusses der wesentlichen Leistungserbringer im gemeindepsychiatrischen Verbund erfolgen. Solche „Managementgesellschaften“ sollten insbesondere auch von Krankenhäusern initiiert werden können, analog der bisher bestehenden Praxis bei Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Entsprechende Rahmenbedingungen sind gesetzlich vorzugeben, um den Versorgungsauftrag voll umfänglich zu erfüllen. Diese „Managementgesellschaften“ schließen mit den Leistungsträgern Versorgungsverträge für alle Zielgruppen ab, unter Berücksichtigung*

---

<sup>1</sup> Vgl. Studie von Prof. Dr. Michael Simon, Sechzehn Jahre Deckelung des Krankenhausbudgets, Juni 2008

*der Empfehlungen der kommunalen Abstimmungsgremien, der Berichte der externen Qualitätssicherung und der Evaluation. Sie vereinbaren mit den Leistungsträgern jährliche prospektive Jahresbudgets für die angemessene und notwendige Finanzierung aller Leistungen im Rahmen der sozialrechtlichen Regelungen.*

*Zur Unterstützung berechtigter Interessen der Klienten und Angehörigen und für die Transparenz des Leistungsgeschehens hinsichtlich Qualität, Verteilungsgerechtigkeit und Effizienz vereinbaren die „Managementgesellschaften“ und die Leistungsträger die Beauftragung und Finanzierung einer unabhängigen Institution zur externen Qualitätssicherung und Evaluation. Die kommunale Gebietskörperschaft übernimmt im Rahmen ihrer Aufgabe zur Daseinsfürsorge eine zentrale, moderierende und koordinierende Funktion in der Entwicklung des psychiatrischen Hilfesystems. Durch das zuständige Referat beruft sie ein Abstimmungsgremium ein, an dem neben Vertretern der Selbstverwaltung der Leistungserbringer und der Leistungsträger auch die Mitglieder von Selbsthilfeorganisationen der Nutzer und der Angehörigen sowie Mitglieder des Kommunalparlaments beteiligt sind.*

### Qualität und Transparenz

Unabhängig von der regionalen Steuerung des psychiatrischen Leistungsgeschehens sollte es Institutionen für externe Qualitätssicherung und Evaluation geben. Diese sind dem „Management regionaler psychiatrischer Versorgung“ zuzuordnen. Transsektorales Case Management ist dabei vordringlich auszubauen. Die Regelaufgaben der PsychPV bilden die Aufgabenzuschnitte, die der Sachverständigenrat (2009 3.7/ 3.8) formuliert hat. Gleichwohl müssen Zuständigkeiten und neue Aufgabenprofile zwischen den Berufsgruppen durchlässiger und flexibler gestaltet werden, ohne dass Berufsqualifikationen entwertet oder durch geringer qualifizierte Beschäftigte ersetzt werden.

Aus den Erfahrungen in der Somatik sind auch die MDK-Verfahren zu überdenken. Sie sind dort wenig transparent. Unter den bisher vorgegebenen Rahmenbedingungen kommt es teilweise zu einer Prüfungshysterie auf beiden Seiten. Es sind unzählige Klagen anhängig und viele Rechnungen offen.

Zur Vorbereitung auf das neue Vergütungssystem ist daher auch zu klären, welche Parameter überprüft werden (z.B. Verweildauer, ambulant/stationär, diagnostische oder auch therapeutische Notwendigkeit) In der Tendenz sollten nicht vorrangig Einzelfälle, sondern die Umsetzung der Gegenstände der Budgetvereinbarung betrachtet werden.

### Zusammenfassung:

Hinsichtlich der Gestaltung des Entgeltsystems hält es ver.di für unabdingbar im Gesetzesentwurf klarzustellen, dass:

- die ambulanten Leistungen des Krankenhauses (PIA) bereits zu Beginn der Umsetzung und nicht erst zu einem späteren Zeitpunkt in das Finanzierungssystem einbezogen werden müssen. Die meisten Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen werden ambulant behandelt. Sie müssen lange Wartezeiten ertragen und in dem Bereich Kinder und Jugend Psychiatrie fehlen Einrichtungen die, die Versorgung junger, noch nicht erwachsenen Patientinnen und Patienten gezielt übernehmen.

- zur Erfüllung der Prüfaufträge des KHRG explizit Regelungen aufgenommen werden. Sie sollen alternativ zu den OPS-Tagesentgelten pauschalisierte Budgets in Form von Regionalbudgets und Integrierten Versorgungs-Projekten zumindest als Modell ermöglichen bzw. ihre Weiterführung unterstützen.
- der gesamte KHRG-Umsetzungsprozess hinsichtlich der Wiedererstellung und Weiterentwicklung der PsychPV Voraussetzung ist und in seinen Auswirkungen auf das gesamte psychiatrische Versorgungssystem wissenschaftlich evaluiert wird.



### III. Zum Gesetzentwurf im Einzelnen

#### Zu Artikel 2, Nr. 5

§3, Abs 1 BPfIV sieht vor, dass Einrichtungen, die bereits im Jahr 2013 oder 2014 das Vergütungssystem nach § 17d KHG einführen, bis zum Jahr 2016 eine Vereinbarung nach §6 Abs. 4 der BPfIV (Geltendmachung der erforderlichen Stellen gem. PsychPV) abschließen können. Für alle anderen Häuser endet die Vereinbarungsmöglichkeit Ende 2012.

Damit ist eine notwendige Weiterentwicklung der PsychPV ausgeschlossen. Die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) muss jedoch auch künftig die Grundlage für die Festlegung der leistungsorientierten Entgelte bilden. Die Erfahrungen aus der Umsetzung der DRGs haben gezeigt, dass ohne ein Personalbemessungsinstrument bei pauschalisierten Entgelten ein ökonomischer Anreiz zum Personalabbau entsteht. Damit einher gehen Qualitätsprobleme in der Patientenversorgung und Sicherheitsmängel bei den Abläufen. Für die Beschäftigten kommen Arbeitsbedingungen und Vergütungen unter Druck und die Vereinbarung von Familie und Beruf ist dann nicht mehr gegeben.

Dringend geboten sind deshalb die Weiterentwicklung der PsychPV im Rahmen des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie und eine vollständige Umsetzung der erforderlichen Personalbesetzung vor dessen Einführung.

ver.di lehnt daher die vorgesehene Regelung ab und plädiert für eine Fortentwicklung der PsychPV. Sie ist als Instrument der Qualitätssicherung den Einrichtungen verbindlich vorzugeben. Die Umsetzung der Personalbemessung gem. PsychPV muss Teil der Sicherheit in der Patientenversorgung bleiben. Sie ist kein Aushandlungsgegenstand zwischen den Vereinbarungspartnern für das neue Vergütungssystem.

§3, Abs 2, Nr. 3 BPfIV sieht in Verbindung mit § 8, Abs. 4 BPfIV Qualitätssicherungsabschlüsse vor.

Die Qualitätssicherungsabschlüsse nach § 137, Abs. 1, Satz 2 SGB V, auf die sich die Gesetzesregelung bezieht, werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) festgelegt. Beteiligte dabei sind im Wesentlichen die Vertragsparteien auf Bundesebene. Gesetzliche Rahmenvorgaben für Qualität gibt es nicht.

ver.di plädiert dafür, dass vom Gesetzgeber die Strukturqualität beschrieben wird, um diese für alle Beteiligten verbindlich vorzugeben. Damit hat der GBA eine ausreichende gesetzliche Grundlage auf der sowohl Maßnahmen zur Qualitätssicherung als auch Qualitätssicherungsabschlüsse vereinbart werden können.

§ 3, Abs 3 sieht die Ermittlung krankenhausesindividueller Basisentgeltwerte in den Jahren 2013 bis 2016 vor. In der Begründung dazu wird ausgeführt, dass der Basisentgeltwert neben tagesbezogenen Entgelten auch fallpauschalierende Entgelte sowie weitere zeitraumbezogene Pauschalen ermöglicht.

Ver.di sieht darin eine Einladung an die Vertragsparteien ein für sie einfacher handhabbares Fallpauschalensystem zu entwickeln. Für die Versorgung psychisch Kranker wäre ein solches System jedoch völlig ungeeignet. ver.di hält eine Klarstellung in dem Sinne für erforderlich, dass fallpauschalierende Entgelte nicht mit dem Auftrag in §17d KHG vereinbar sind.

§3, Abs 4 BPfIV und § 4, Abs 7 sehen vor, dass nicht nach dem KHG geförderte Krankenhäuser – also nicht im Krankenhausbedarfsplan des Landes aufgenommene Häuser – zusätzlich Investitionskosten für neue Maßnahmen aus dem Gesamtbetrag erhalten können, wenn der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert niedriger als der durchschnittliche Landesentgeltwert ist. Der Gesamtbetrag wird aus Beitragsmitteln der Kassen aufgebracht. Es erschließt sich nicht, dass nicht bedarfsnotwendige Kliniken aus Beitragsmitteln Investitionsförderung erhalten, auch wenn es sich um billige Einrichtungen handelt.

ver.di lehnt daher diese Regelung ab und plädiert für eine ausreichende und transparente Investitionsförderung der Länder

§ 4, Abs 3, letzter Satz sieht vor, dass Zusatzentgelte für Arzneimittel zu 100 Prozent berücksichtigt werden können. Diese Regelung ist erforderlich, um besonders teure Medikamente zu berücksichtigen. Sie müssen allerdings auch Arzneimittel umfassen, die z.B. für bestehende somatische Erkrankungen bei psychisch Kranken gebraucht werden. Des Weiteren ergibt sich die Frage, wie bei multimorbiden Patientinnen und Patienten die somatische Erkrankung neben der psychischen Erkrankung im Vergütungssystem abgebildet werden soll. Auch für diese Fälle muss eine Lösung analog der Berücksichtigung von Arzneimitteln getroffen werden.

#### Zu Artikel 2, Nr. 11

§ 10, Abs. 4 sieht die weitere Berücksichtigung der Tarifraten vor. Sie soll für den ärztlichen und den nichtärztlichen Bereich gesondert ermittelt werden. Die Berücksichtigung der Tarifraten ist erforderlich, da die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 SGB V beibehalten werden soll. Allerdings wird im Gegensatz zur bisherigen Regelung in § 6 Abs. 2 BPfIV nicht mehr das Budget des einzelnen Krankenhauses, sondern der Landesbasisentgeltwert erhöht. Die Zuschläge kommen also allen Krankenhäusern, unabhängig von ihrer Tarifgebundenheit zu gute. Krankenhäuser mit geringen Personalkosten erhalten damit einen deutlichen ökonomischen Vorteil.

Eine Gesetzesregelung, wie in § 4, Abs. 2a KHEntgG i.d.F. des KHRG 2009, wonach für das einzelne Krankenhaus zwingend ein Abschlag vom Landesbasisfallwert zu vereinbaren ist, wenn die tarifbedingten Erhöhungen unterhalb des einschlägigen Tarifvertrags liegen, fehlt im Entwurf zum PsychEntgG. Wird dann die verbindliche Personalbemessung (PsychPV) aufgehoben kommt es zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen.

Ver.di sieht es als dringend erforderlich an, diese Schieflage zu korrigieren. Stattdessen ist die einnahmeorientierte Budgetierung, wie sie die Veränderungsrate ausdrückt, zu beenden und neben der verbindlichen Personalbemessung ein Orientierungswert zu berücksichtigen, der die tatsächliche Kostenentwicklung im Krankenhaus abbildet.

Zudem entspricht nach Meinung von ver.di eine getrennte Betrachtung der Erhöhungsraten nach den Bereichen der Ärzte und der Nichtärzte weder der aktuellen noch künftigen Arbeitsweise in der psychiatrischen Versorgung. Diese Trennung ist verzichtbar. Zudem sehen wir die Bezeichnung „nichtärztlicher Personalbereich“ für die Therapeuten, pflegerische Berufe und weitere Berufsgruppen in der Verwaltung, Technik und Hauswirtschaft als diskriminierend und keinesfalls wertschätzend für die wichtigen Leistungen dieser Berufsgruppen an. Die Bezeichnung bildet vielmehr eine alte längst überholte und unangemessene Hierarchie ab.

#### Zu Artikel 7

Artikel 7 sieht die Aufhebung der PsychPV vor. Dies ist ein völlig falsches Signal an die Einrichtungsträger. Durch die Aufhebung werden die Einrichtungen bereits im Vorfeld der Einführung des neuen Vergütungssystems Personal abbauen. Dies wird zu schwerwiegenden Qualitätsproblemen führen, die – wie wir im Bereich der allgemeinen Krankenhäuser unter der DRG-Einführung sehen konnten – nur schwer und teilweise mit ungeeigneten Mitteln notdürftig repariert werden mussten. ver.di lehnt diese Aufhebung ab. Sie ist sehr problematisch.

Hierzu auch unsere Stellungnahme zu Artikel 2, Nr. 5

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-Drs. 17/9169

Mit dem vorliegenden Antrag soll der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auffordern den Entwurf des Psych-Entgeltgesetzes zu ändern bzw. zu ergänzen.

So soll u. A. eine Expertenkommission für eine interessenneutrale und unabhängige Prozessbegleitung sorgen und Empfehlungen für den weiteren Umsetzungsprozess geben. Für Modellvorhaben sollen Qualitätsstandards festgelegt und sektorübergreifende Leistungserbringung verbessert werden, die nach Ablauf der vereinbarten Erprobungszeit in die Regelversorgung überführt werden können.

Die Regelungen zur PsychPV sollen für alle Krankenhäuser bis zum Jahr 2016 erhalten bleiben und eine externe Kontrolle der Umsetzung durch den MDK erfolgen, um Transparenz herzustellen.

Die Entwicklung der Personal- und Sachkosten soll bei der jährlichen Fortschreibung der Leistungsentgelte berücksichtigt werden. Hierzu soll in Anlehnung an § 10 Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes ein Orientierungswert entwickelt werden.

ver.di sieht in dem Antrag wesentliche gewerkschaftliche Positionen unterstützt. Er garantiert eine qualitative Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung. Die Forderungen nach sektorübergreifenden Versorgungsansätzen und Möglichkeit gute Versorgungsmodelle in die Regelversorgung zu überführen werden ausdrücklich unterstützt.

Gleiches gilt für die Einrichtung einer Expertenkommission. Insgesamt könnte es sinnvoll sein, diese vorgeschlagene Expertenkommission beim Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen anzusiedeln.

Ausdrücklich begrüßt ver.di, dass die PsychPV für die gesamte Budgetneutrale Phase für alle Häuser fortgelten soll. Darüber hinaus hält es die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft für erforderlich die PsychPV als Gesetzesvorgabe beizubehalten und damit ihre Weiterentwicklung zu gewährleisten.

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-Drs. 17/5119

Mit dem Antrag soll der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auffordern, unverzüglich einen Sachverständigenrat zur Evaluierung des Fallpauschalensystems in der Krankenhausfinanzierung und zur Umsetzung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen beim Bundesministerium für Gesundheit einzusetzen. Dieser soll die Veränderungen der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung, die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und den Umfang von Leistungsverlagerungen untersuchen. Die Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der in den Krankenhäusern Beschäftigten seien in den Mittelpunkt zu stellen.

Die Fraktion DIE LINKE greift damit die Kritik auf, dass eine Evaluation der DRGs bislang nur in unzureichendem Maße stattgefunden hat. Diese Kritik wird von ver.di geteilt. Es gibt zahlreiche Hinweise, dass die DRGs weder die Patientenversorgung noch die Arbeitsbedingungen verbessert haben. Trotzdem steigen die Ausgaben der Krankenkassen aufgrund der Fallzahlen und der Schwere der Behandlungen. Dennoch wird versucht wesentliche Elemente der Fallpauschalen auch auf die stationäre psychiatrische Versorgung zu übertragen.

Ver.di sieht es ebenfalls als notwendig an, die erforderliche Expertise für ein lernendes System zur Verfügung zu stellen. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt könnte es sinnvoll sein, die Expertenkommission beim Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen anzusiedeln.

Da mit der Einrichtung von Pauschalssystemen in der stationären Versorgung unter Beibehaltung unterschiedlichster Einzelleistungssysteme in der ambulanten Versorgung neue Versorgungsbrüche entstehen wäre durchaus auch die Einrichtung einer Enquetekommission des Deutschen Bundestages eine zu erwägende Überlegung.

Im Übrigen verweist ver.di auf die Stellungnahme des DGB, die dieser als Dachorganisation für alle Gewerkschaften abgibt.