



## Nur zur dienstlichen Verwendung

### Wortprotokoll der 11. Sitzung

#### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 7. Mai 2014, 14:00 Uhr  
10557 Berlin Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1  
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus  
Anhörungsraum 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

#### Tagesordnungspunkt 1

Seite 3

- a) Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
**Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie stoppen**  
**BT-Drucksache 18/557**
- Federführend:**  
Ausschuss für Gesundheit  
**Berichterstatter/in:**  
Abg. Ute Bertram [CDU/CSU]
- b) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
**Das psychiatrische Entgeltsystem überarbeiten und das Versorgungssystem qualitativ weiterentwickeln**  
**BT-Drucksache 18/849**
- Federführend:**  
Ausschuss für Gesundheit  
**Berichterstatter/in:**  
Abg. Ute Bertram [CDU/CSU]

**Nur zur dienstlichen Verwendung****Mitglieder des Ausschusses**

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Bertram, Ute Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmelzle, Heiko Sorge, Tino Spahn, Jens Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Kippels, Dr. Georg Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Blienert, Burkhard Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Bas, Bärbel Freese, Ulrich Hellmich, Wolfgang Henn, Heidtrud Hinz (Essen), Petra Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang



**Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)**  
 Mittwoch, 7. Mai 2014, 14:00 Uhr

**Anwesenheitsliste**

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>CDU/CSU</u>		<u>CDU/CSU</u>	
Bertram, Ute		Albani, Stephan	.....
Henke, Rudolf	.....	Brehmer, Heike	.....
Henrich, Michael		Dinges-Dierig, Alexandra	.....
Hüppe, Hubert	.....	Eckenbach, Jutta	.....
Irlstorfer, Erich		Kippels Dr., Georg	.....
Kühne Dr., Roy	.....	Lorenz, Wilfried	.....
Leikert Dr., Katja		Manderla, Gisela	.....
Maag, Karin		Nüblein Dr., Georg	.....
Meier, Reiner		Pantel, Sylvia	.....
Michalk, Maria		Rupprecht, Albert	.....
Monstadt, Dietrich	.....	Schmidt (Ühlingen), Gabriele	.....
Riebsamen, Lothar		Schwarzer, Christina	.....
Rüddel, Erwin		Steineke, Sebastian	.....
Schmelzle, Heiko		Steiniger, Johannes	.....
Sorge, Tino	.....	Stracke, Stephan	.....
Spahn, Jens	.....	Timmermann-Fechter, Astrid	.....
Stritzl, Thomas		Wiese (Ehingen), Heinz	.....
Zeulner, Emmi	.....	Zimmer Dr., Matthias	.....

**Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)**  
 Mittwoch, 7. Mai 2014, 14:00 Uhr

**Anwesenheitsliste**

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<b>SPD</b>		<b>SPD</b>	
Baehrens, Heike	<i>Baehrens</i>	Bahr, Ulrike	
Blienert, Burkhard	<i>[Signature]</i>	Bas, Bärbel	
Dittmar, Sabine	<i>[Signature]</i>	Freese, Ulrich	
Franke Dr., Edgar	<i>[Signature]</i>	Hellmich, Wolfgang	
Heidenblut, Dirk	<i>[Signature]</i>	Henn, Heidtrud	
Kermer, Marina	<i>[Signature]</i>	Hinz (Essen), Petra	
Kühn-Mengel, Helga	<i>[Signature]</i>	Katzmarek, Gabriele	
Mattheis, Hilde	<i>[Signature]</i>	Lauterbach Dr., Karl	
Müller, Bettina	<i>[Signature]</i>	Tack, Kerstin	
Rawert, Mechthild	<i>[Signature]</i>	Westphal, Bernd	
Stamm-Fibich, Martina	<i>[Signature]</i>	Ziegler, Dagmar	
<b>DIE LINKE.</b>		<b>DIE LINKE.</b>	
Vogler, Kathrin	<i>[Signature]</i>	Höger, Inge	
Weinberg, Harald	<i>[Signature]</i>	Lutze, Thomas	
Wöllert, Birgit	<i>[Signature]</i>	Tempel, Frank	
Zimmermann, Pia	<i>[Signature]</i>	Zimmermann (Zwickau), Sabine	
<b>BÜ90/GR</b>		<b>BÜ90/GR</b>	
Klein-Schmeink, Maria	<i>[Signature]</i>	Kurth, Markus	
Scharfenberg, Elisabeth	<i>[Signature]</i>	Pothmer, Brigitte	
Schulz-Asche, Kordula	<i>[Signature]</i>	Rüffer, Corinna	
Terpe Dr., Harald	<i>[Signature]</i>	Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang	



off

**Ausschuss für Gesundheit (14)**

**Mittwoch, 7. Mai 2014, 14:00 Uhr**

**Fraktionsvorsitzende:**

**Vertreter:**

CDU/ CSU

.....

SPD

.....

DIE LINKE.

.....

BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

.....

**Fraktionsmitarbeiter:**

**Fraktion:**

(Name bitte in Druckschrift)

BEN BURHA

SPD

.....

Thomas Braun

CDU/CSU

.....

Prof. Hille

CDU / GRU

.....

Dr. Manfred Lang

CDU/CSU

.....

Stephan Wille

CDU/CSU

.....

.....

.....

.....

.....

## Unterschriftenliste

eine öffentliche Anhörung zu dem

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

**Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie stoppen**

BT-Drucksache 18/557

und dem

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Das psychiatrische Entgeltsystem überarbeiten und das Versorgungssystem qualitativ weiterentwickeln**

BT-Drucksache 18/849

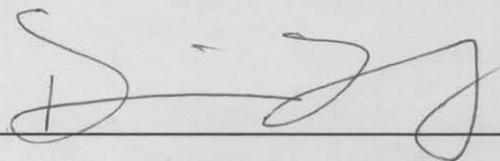
am Mittwoch, dem **7. Mai 2014**,

in der Zeit **von 14:00 Uhr bis 15:30 Uhr**,

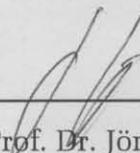
im Anhörungssaal 3 101, Marie-Elisabeth-Lüders-Haus (MELH)

Eingang: Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

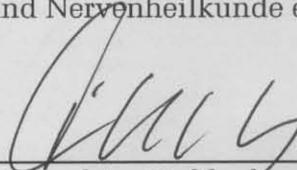
### **Einzelsachverständige**



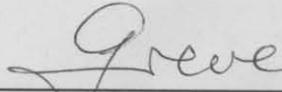
Georg Baum  
(Deutsche Krankenhausgesellschaft)



Prof. Dr. Jörg Fegert  
(Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie  
und Psychotherapie, Psychosomatik  
und Nervenheilkunde e.V.)

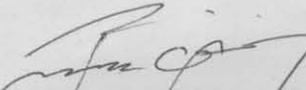


Joachim Finklenburg  
(Klinikum Oberberg)



---

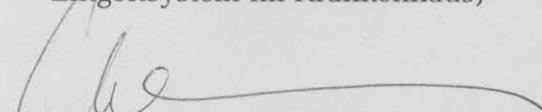
Nils Greve  
(Psychosozialer Trägerverein Solingen  
und Gesellschaft für psychische  
Gesundheit in Nordrhein-Westfalen)



---

Dr. Frank Heimig

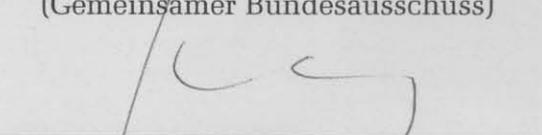
(InEK GmbH – Institut für das  
Entgeltsystem im Krankenhaus)



---

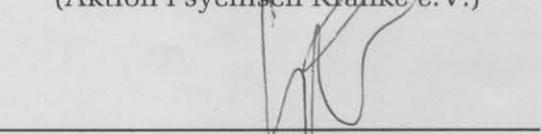
Dr. Regina Klakow-Franck

(Gemeinsamer Bundesausschuss)



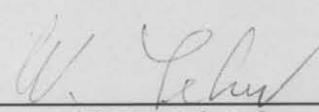
---

Prof. Dr. Peter Kruckenberg  
(Aktion Psychisch Kranke e.V.)



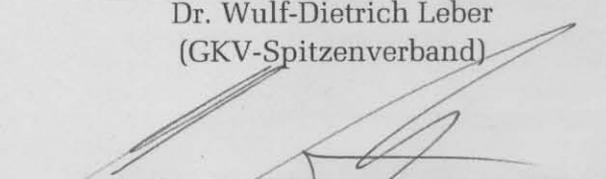
---

Dr. Claus Krüger  
(Verband der Psychosomatischen  
Krankenhäuser  
und Krankenhausabteilungen in  
Deutschland e.V.)



---

Dr. Wulf-Dietrich Leber  
(GKV-Spitzenverband)



---

Michael Löhr  
(Deutsche Fachgesellschaft  
Psychiatrische Pflege e. V.)

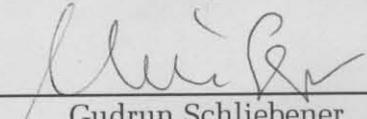


---

Prof. Thomas Pollmächer  
(Klinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie)

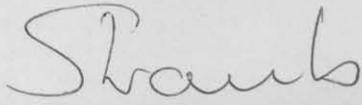
---

Dr. Christina Tophoven  
(Bundespsychotherapeutenkammer)



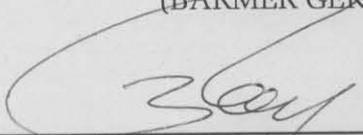
---

Gudrun Schliebener  
(Bundesverband der Angehörigen  
psychisch Kranker)



---

Dr. Christoph Straub  
(BARMER GEK)



---

Stefan Thewes  
(Landschaftsverband Rheinland  
Wirtschaftliche Steuerung)



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Beginn der Sitzung: 14:00 Uhr

**Vorsitzender:** Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr verehrte Sachverständige, ich möchte Sie ganz herzlich zur 11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit begrüßen. Wir führen heute eine öffentliche Anhörung zu zwei Anträgen durch, zum einen zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Einführung des neuen Entgelt-systems in der Psychiatrie stoppen“ und zum anderen zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Das psychiatrische Entgelt-system überarbeiten und das Versorgungssystem qualitativ weiterentwickeln“. Für diejenigen – es sind sicher nicht viele –, die zum ersten Mal an einer öffentlichen Anhörung teilnehmen, möchte ich noch ein paar Erläuterungen zum Verfahren geben. Uns stehen heute insgesamt 90 Minuten Zeit zur Verfügung. Anders als gewohnt, werden heute die Fraktionen abwechselnd Fragen stellen, um die Anhörung ein wenig interessanter, lebendiger oder auch abwechslungsreicher zu gestalten. In der ersten Runde beginnt die CDU/CSU, es folgt die SPD, dann kommt nochmals die CDU/CSU zu Wort, anschließend folgen die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. In der zweiten Runde beginnt die CDU/CSU, gefolgt von der SPD, dann folgen noch einmal CDU/CSU und SPD und schließlich die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Die Befragung nach diesem Muster – erste und zweite Runde – wird so oft wiederholt, bis der Zeitrahmen von 90 Minuten ausgeschöpft ist. Um einen reibungslosen Ablauf der Anhörung zu gewährleisten, möchte ich die Sachverständigen bitten, die Mikrofone zu benutzen, sich – zumindest beim ersten Aufruf – kurz vorzustellen sowie den Namen ihres Verbandes zu nennen. Außerdem bitte ich Sie darum, ihre Antworten möglichst kurz zu halten und – wie immer bei unseren Anhörungen – die Mobiltelefone auszuschalten. Die Anhörung wird digital aufgezeichnet. Die Aufnahme und das Protokoll werden auf der

Ausschusseite im Internet veröffentlicht. Wir beginnen jetzt mit der öffentlichen Anhörung. Die erste Frage stellt die CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Herr Leber, ich habe eine Frage an Sie als Vertreter des GKV-Spitzenverbandes. Mich würde interessieren, wie der GKV-Spitzenverband das nach der Bundespflegesatzverordnung derzeit bestehende System hinsichtlich der Leistungsgerechtigkeit einerseits und der Transparenz andererseits beurteilt. Ferner möchte ich wissen, wie Sie das neue Psychiatrie-Entgeltgesetz, wie wir es planen, nach diesen beiden Gesichtspunkten beurteilen – und dies vor dem Hintergrund, dass die Fraktion DIE LINKE. in ihrem Antrag einen völligen Verzicht auf das Vorhaben verlangt und die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in ihrem Antrag eine grundlegende Überarbeitung des Psychiatrie-Entgeltgesetzes fordert.

**SV Dr. Wulf-Dietrich Leber**

(GKV-Spitzenverband): Ich verrate kein Geheimnis, wenn ich sage, dass uns das ganze – ich sage mal flughafenmäßige – Vorgehen bei dieser Reform nicht besonders viel Vertrauen einflößt. Ich denke, erfolgreiche Reformen brauchen eine klare Ansage. Das, was sich im Augenblick abzeichnet, ist aber das Gegenteil davon. Meines Erachtens sind die Beschlüsse, die wir zum 1. April in der gemeinsamen Selbstverwaltung gefasst haben, noch nicht genügend in den Meinungsbildungsprozess eingeflossen. Es war die Befürchtung geäußert worden, dass die Vergütungen in der Psychiatrie aufgrund der degressiven Tagessätze immer nur sinken können. Dafür haben wir ein Gegenmittel gefunden. Es wird künftig dann, wenn in einer späteren Phase des Krankheitsverlaufes doch noch einmal eine Intensivbehandlung oder eine Eins-zu-eins-Betreuung notwendig wird, auch wieder erhöhte Entgelte geben. Der zweite Einwand lautete, dass die Stufen zu steil und die Unterschiede zwischen



## Nur zur dienstlichen Verwendung

der Anfangsvergütung und der späteren Vergütung zu gering sind. Auch hier ist Abhilfe geschaffen worden, indem wir die Überzahlung am Anfang vermindert haben. Drittens gab es die Befürchtung, das System sei nicht lernfähig. Wir haben aber gezeigt, dass auch jetzt noch grundsätzliche Veränderungen vorgenommen werden können. Insofern haben wir es jetzt mit einem stark verbesserten System zu tun, auch wenn man dies noch nicht erkennen kann, weil es erst ab 1. Januar nächsten Jahres greifen wird. Dieses System bildet schwere Krankheitsgruppen besser ab als das derzeit existierende System. Denn dieses System, das für alle Kranken denselben Preis vorsieht, ist die schlechteste aller Lösungen. Wir brauchen eine bessere Abbildung der verschiedenen Krankheitsgruppen. Ich möchte ferner darauf hinweisen, dass die Qualitätssicherung in Deutschland der Vergütung folgt. Differenzierte Qualitätssicherung und Transparenz waren immer erst dann möglich, wenn wir zuvor ein ordentlich differenziertes Vergütungssystem geschaffen hatten. Das heißt, wenn wir das Vergütungssystem verändern, hat dies auch Auswirkungen auf die Transparenz. Dies scheint von einigen gewollt zu sein. So gibt es starke Widerstände gegen die Schaffung einer medizinisch gehaltvollen Klassifikation in der Psychiatrie. Hier besteht bis jetzt wenig Neigung offenzulegen, welche Leistungen im Einzelnen bei den Kranken erbracht werden. Ich möchte es mal so ausdrücken: Die Psychiatrie scheut ein wenig das Licht. Dies werden wir nur dann ändern können, wenn wir das neue Vergütungssystem rasch einführen. Wenn Verzögerungen eintreten, sollte dies im Rahmen einer budgetneutralen Phase geschehen. Dies würde den Häusern Sicherheit geben und uns garantieren, dass alle bestehenden Probleme sichtbar werden. Stellen Sie sich vor, die Universitäten würden nicht optieren, dann würden auch alle Probleme der Universitäten unsichtbar bleiben. Daher empfehlen wir, das neue System zu starten und im Notfall die budgetneutrale Phase zu verlängern.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage, die mit der allgemeinen Bewertung von PEPP zu tun hat, richtet sich an Prof. Fegert. Ihre Gesellschaft hat das neue System immer grundsätzlich kritisiert. Ich möchte wissen, was Sie konkret an dem vorliegenden Entwurf eines PEPP-Katalogs auszusetzen haben. Der Bereich, in dem Sie tätig sind, nämlich die Kinder- und Jugendpsychiatrie, ist ein besonders sensibler. Daher würde mich interessieren, welche kritischen Bemerkungen Sie aus Ihrer spezifischen Sicht vorzubringen haben.

SV **Prof. Dr. Jörg Fegert** (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie): Kinder- und Jugendpsychiatrie kann man nicht mit Erwachsenenpsychiatrie gleichsetzen, weil sie deutlich personalintensiver ist und weil sie Erziehungsaufgaben wahrnehmen und zugleich den Schutz der Kinder und Jugendlichen nach der UN-Kinderrechtskonvention gewährleisten soll. Ein zentrales Problem ist dabei die Qualitätssicherung. Unsere Kritik an dem Katalog richtet sich vor allem gegen die Bestimmungen zur Personalausstattung. Daran ändert auch der Aufschub um zwei Jahre, über den jetzt diskutiert wird, grundsätzlich nichts. Die strukturelle Qualität muss garantiert werden. Wenn es – wie bisher geplant – dabei bleiben sollte, dass die Psych-PV aufgehoben wird und gleichzeitig eine Verlängerung erfolgt, dann verlängert man damit auch die Durststrecke bzw. die Katastrophe. Im Grunde halten wir die Psychiatrie-Personalverordnung für veraltet, weil es mittlerweile neue Verfahren wie die Psychotherapie gibt und weil die Behandlung sich zunehmend verdichtet hat. Noch vor 10 Jahren sind die Behandlungszeiten sehr viel länger gewesen. Heute liegt die durchschnittliche Behandlungsdauer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei unter 40 Tagen, und es werden zudem sehr viel weniger Kinder überhaupt stationär behandelt. Angesichts dieser neuen Gegebenheiten benötigen wir unbedingt neue Strukturvorgaben für die Qualität. Aber solange wir die nicht haben, brauchen wir die



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Psychiatrie-Personalverordnung als Unterpfeiler. Auch eine Konvergenz erscheint uns angesichts der unterschiedlichen Gegebenheiten in den Kliniken kaum denkbar. Es gibt im Grunde keine Klinik, die mehr als 100 Prozent Personalausstattung oder etwa zu viel Geld zur Verfügung hätte. Das Konvergenzprinzip basiert auf der illusionären Vorstellung, dass manche Kliniken zu viel und andere zu wenig haben, so dass am Schluss ein gerechter Mittelwert herauskäme. Aber so ist es nicht.

Vielmehr ist die Personalausstattung insgesamt eher zu knapp bemessen. Wenn man dies dann nach unten hin konvergieren lässt, führt dies zu Problemen. Bei der Berechnung der PEPP sind sicherlich Verbesserungen denkbar. Auch die Datensätze werden besser werden. Wenn man aber der Logik folgt, die auch Herr Leber vorhin angesprochen hat, und zuerst sozusagen eine Währungsreform durchführt und sich erst dann um die Inhalte kümmert, dann führt dies zu Problemen. Bezogen auf unser Fach, das speziell mit Eltern und Familien zu tun hat, würde dies alle echten Reformvorhaben, die im KHRG ausdrücklich gefordert worden sind, ins Leere laufen lassen. Das KHRG hatte die 100-prozentige Umsetzung der Psych-PV vorgesehen. Das muss überprüft werden. Außerdem sind sektorenübergreifende stationersetzende Maßnahmen bei Kindern besonders wichtig. Wir hatten hier das sogenannte Home-Treatment gefordert. Ferner brauchen wir neue Modelle. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in der ganzen Zeit aber nur ein einziges Modell entstanden. Und um die Flughafenmetapher noch einmal aufzugreifen, Herr Leber: Wenn man handwerkliche Mängel nicht behebt, dann ziehen diese sich überall durch und führen letztlich zu einem Debakel. Der Modell-Paragraf ist handwerklich sehr problematisch, weil er eine Bestandwahrungsklausel darstellt. Die Reformkliniken, von denen der Fortschritt ausgehen soll, verbleiben im alten System und kalkulieren nicht nach den neuen Vorgaben. Das darf wirklich nicht sein. Daher wäre unsere Forderung, Frau Mattheis, das Gesamte in den Blick zu nehmen

und sich nicht nur auf die Kalkulation zu konzentrieren. Darin würde ich Herrn Heimig sogar beipflichten. Wenn man irgendwann größere Datensätze zur Verfügung hat, dann wird es auch besser werden. Aber wenn wir quasi nur rechnen und andere Dinge gar nicht in den Blick nehmen, dann entsteht eine gefährliche Konstellation, zumal dann, wenn, wie es im Gesetz steht, die Psych-PV wegfällt und somit andere Strukturgarantien entfallen.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, an Herrn Baum. Ich möchte erfahren, wie Sie die Aspekte Leistungsgerechtigkeit und Transparenz im Vergleich zwischen dem neuen PEPP-System und dem geltenden System der tagesgleichen Pflegesätze beurteilen.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Es liegt auf der Hand, dass zwischen dem System der tagesgleichen Pflegesätze, das keine Unterschiede zwischen Krankheits- und Behandlungsarten kennt, und dem neuen Entgeltsystem, über das wir jetzt reden, eine große Differenz besteht. Das gilt auch für die Transparenz. Im neuen System werden die verschiedenen Krankheits- und Behandlungsarten durch differenzierte Codes genau erfasst, was in Bezug auf die Transparenz eine völlig neue Situation schafft. Hinsichtlich Transparenz und Leistungsgerechtigkeit hat das geltende System somit Nachteile. Das steht außer Frage. Aber jedes System birgt sowohl Chancen als auch Risiken. Das alte System orientiert sich eher an dem Ziel, die Finanzierung eines Jahresbedarfs zur Durchführung eines bestimmten Auftrages zu garantieren, der patientenunabhängig definiert ist. Das neue System eröffnet hingegen die Möglichkeit, dass Leistungen, die mit einem hohen Aufwand verbunden sind, besser bezahlt werden als solche mit einem geringeren Aufwand. Dies bedeutet, dass die Ressourcenallokation im System entsprechend dem tatsächlichen



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Aufwand verbessert wird. Aber das gibt es nicht umsonst. Damit verbunden ist nämlich das Risiko, dass es aufgrund der direkten Zuordnung von Geld und Leistung zu Fehlsteuerungen im System kommen kann. Wir diskutieren auch an anderer Stelle über mögliche Fehlsteuerungen, nämlich im Leistungsbereich des DRG-Systems. Mit dieser potentiellen Gefahr – nämlich dass es zu Fehlsteuerungen kommt –, umzugehen, stellt die entscheidende Herausforderung im neuen System dar. Ich denke aber, dass wir die Chance haben, sie zu meistern. Denn schließlich wird das System jährlich von Grund auf überarbeitet. Das heißt, wir erheben jährlich neue Daten, wir beobachten das Kosten- und das Leistungsgeschehen, es wird nachkalkuliert und nachjustiert. Das heißt, es gibt Mechanismen, um die Risiken sichtbar zu machen und um sie gegebenenfalls auszuschalten. Aus der Sicht der Krankenhäuser ist es natürlich besonders wichtig, das größte Risiko beherrschbar zu machen, nämlich das Kostenrisiko. Bekanntlich garantiert das geltende System eine Kostendeckung für das gesamte Jahr. Im neuen System hängen die Erlöse hingegen von den erbrachten Leistungen ab. Wenn der Erlösausgleich bei 95 Prozent oder einer vergleichbaren Marge ausgelaufen ist, muss dennoch gewährleistet sein, dass die Krankenhäuser – gemäß der Bestandsplanung – über das gesamte Jahr mit ihrem Geld auskommen können. Deshalb hängt dann später, wenn wir über die Konvergenzphase hinausgekommen sind, Einiges von den Finanzierungsmechanismen ab. Die Frage wird sein, wie der Basisfallwert festgelegt und ob es bei der derzeit geplanten Degression bleiben wird, ob also die Erreichung bestimmter Mengenziele bei einzelnen Krankenhäusern zu Lasten der Häuser gehen wird, die diese Ziele nicht erreichen. Diese Faktoren spielen eine wichtige Rolle, wenn man am Ende Bilanz zieht. Insbesondere wird es darum gehen zu beurteilen, ob die Leistungsgerechtigkeit, die grundsätzlich positiv zu beurteilen ist, im Finanzierungssystem auch adäquat zum Ausdruck kommt. Wenn dies gelingt, dann besteht auch die

Chance, Leistungsorientierung und mehr Transparenz im System zu verwirklichen. Dies setzt aber voraus, dass man behutsam vorgeht. Die Entscheidung, die Optionsphase zu verlängern, ist das Signal, dies auch so machen zu wollen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Pollmächer. Derzeit stehen verschiedene Forderungen und Vorschläge im Raum, die Optionsphase bzw. die budgetneutrale Phase – teils mit, teils ohne Verzögerung des Zeitplans – zu verlängern und die Psych-PV abzuschaffen. Bitte erläutern Sie uns, welche Auswirkungen die verschiedenen Varianten hätten und welche Lösung die Bundesdirektorenkonferenz für sinnvoll erachtet.

SV **Prof. Thomas Pollmächer** (Verband der leitenden Ärzte von Fachkrankenhäusern): Ich repräsentiere nicht – wie fälschlich auf dem Saalplan steht – die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie schlechthin, sondern ich bin Leiter einer solchen Klinik in Ingolstadt, und ich repräsentiere hier die Bundesdirektorenkonferenz, also den Verband der leitenden Ärzte von Fachkrankenhäusern, der die Chefärzte organisiert, die in diesem Bereich tätig sind. Mir ist es sehr wichtig, ein Missverständnis auszuräumen, das sich bisher durch die Diskussion zieht. Es wird der Anschein erweckt, als ginge es um die Alternative, entweder alles so zu belassen, wie es ist, oder etwas gutes Neues zu machen. Es wird aber von Seiten der psychiatrischen Kliniken überhaupt nicht bezweifelt, dass wir ein neues System brauchen. Dies kann ich, glaube ich, nicht nur für die Fachgesellschaft, sondern auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie insgesamt sagen. Wir haben allesamt die Einführung des § 17d Krankenhausreformgesetz im Jahre 2009 begrüßt und uns intensiv in den Umsetzungsprozess eingebracht. Wenn Herr Leber sagt, die Psychiatrie scheue das Licht, dann kommt mir



## Nur zur dienstlichen Verwendung

das so vor, als würden wir hier nicht über die Psychiatrie und die Entgelte diskutieren, sondern über die NSA. Ich weiß nicht, was Sie genau meinen. Jedenfalls liefern die Kliniken seit 2010 gemäß einem vom DIMDI erstellten Kodierhandbuch minutiös Informationen über die Diagnosen der Patienten, über die Behandlungsformen und vieles andere mehr. Ich denke, dass sollte an dieser Stelle ganz klar gesagt werden. Auch wir wollen ein neues System, und zwar eines, das den Bedürfnissen des einzelnen Patienten gerecht wird. Wir wollen aber kein System, das die Kliniken dazu drängt, Patienten mit bestimmten Diagnosen bevorzugt zu behandeln, weil man mit diesen Patienten mehr Geld verdienen kann als mit anderen. Wir wollen also solche Fehlsteuerungsmechanismen vermeiden, wie Sie sie aus dem DRG-System kennen, das seine Vorteile, aber auch seine Nachteile hat. Ich denke, dass in dem Prozess der Entwicklung der eigentlichen Kalkulationssystematik und des Entgeltkataloges – lassen Sie mich dies so hart sagen – zwei Jahre verschenkt worden sind. Wir haben in den Jahren 2013 und 2014 Kataloge verwendet, die hauptsächlich auf Diagnosen und fallbezogenen Kalkulationen basieren. Wir haben zudem ein stark degressiv ausgestaltetes System angewendet, das de facto – wenn es denn eingeführt würde – die gleichen Fehlreize bieten würde wie das DRG-System. Und eigentlich ist erst mit der Diskussion über den dritten Katalog – Herr Leber hat das bereits kurz angedeutet – ein wenig – wie ich es nennen möchte – Vernunft eingekehrt. Wir begeben uns somit langsam auf den richtigen Weg, aber dafür brauchen wir ausreichend Zeit, damit die Krankenhäuser die Möglichkeit haben, das System anzuwenden. Nun soll diese Phase wahrscheinlich um zwei Jahre verlängert werden. Daran schließt sich dann noch eine mindestens zweijährige Phase der sogenannten Budgetneutralität an, in der weitere Ungleichheiten ausgeglichen werden können. Ich bin der Ansicht, dass eine Verlängerung des Gesamtprozesses um zwei Jahre das Ganze tatsächlich erheblich voranbringen kann; aller-

dings nur unter der Voraussetzung, dass diese zwei Jahre nicht nur als eine Art Gewöhnungszeit angesehen werden, in der die Psychiatrien und die Psychiater die Chance haben, sich in das vorgegebene neue System einzufinden, sondern dass diese Zeit dann von allen Beteiligten – von den Krankenkassen, vom InEK und auch von uns – dazu genutzt wird, das System auf die Patienten hin zu optimieren. Dann könnten wir so ungefähr im Jahre 2019 oder in der Endausbauphase ein weltweit möglicherweise sogar vorbildliches System der Entgeltstrukturierung in der Psychiatrie vorweisen.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Sie alle haben – nehme ich an – den Antrag meiner Fraktion mit unseren zahlreichen Vorschlägen zur Kenntnis genommen. Vor diesem Hintergrund stelle ich meine Fragen. Die erste richtet sich an Frau Schliebener als Vertreterin der Angehörigen. Sie haben in Ihrem Beitrag deutlich gemacht, dass sich durch die Einführung des PEPP-Systems die Versorgung der Betroffenen verschlechtern wird. Könnten Sie zum einen Ihre Argumente noch einmal erläutern und zum anderen ausführen, welche Hilfen oder Versorgungssysteme die Familien bzw. die Angehörigen während der Behandlung des Kranken und im Anschluss an die Behandlung benötigen?

**SV Gudrun Schliebener** (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker): Wir sind ein reiner Selbsthilfeverband ohne jegliche wirtschaftliche Interessen. Frau Klein-Schmeink, wir kommen als Mitglieder der staatlichen Besuchskommission in Nordrhein-Westfalen in jedem Jahr in alle psychiatrischen Kliniken. Und was wir in den Optionshäusern erleben, das macht uns schon ein wenig Angst. Hier findet eine immense Leistungsverdichtung statt, die durch einen aus unserer Sicht übermäßig hohen Dokumentationsaufwand bedingt ist. Es fehlt die Zeit für die Patienten, für Ge-



## Nur zur dienstlichen Verwendung

sprache mit Familienangehörigen oder im Rahmen von Netzwerken usw. Ferner macht uns Sorgen – und auch dies resultiert aus den Erfahrungen mit den Optionshäusern –, dass mit Blick auf das Auslaufen der Psychiatrie-Personalverordnung manche Stellen nur mit Zeitverzögerung oder auch gar nicht wiederbesetzt werden. Auch dies fördert nicht gerade einen personenzentrierten Behandlungsverlauf. Bereits heute stehen wir vor Problemen wie – allerdings betrifft dies nicht nur die Optionshäuser – Behandlungsabbrüchen, monatelangen Wartezeiten beim Wechsel zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen, etwa von der stationären zur teilstationären oder von der teilstationären zur ambulanten Behandlung. Dem stehen wir immer verständnislos gegenüber und fragen uns: „Wenn der Patient Müller behandlungsbedürftig ist, dann muss er doch einen Platz in der Tagesklinik bekommen, dann kann man ihn doch nicht vier Monate lang warten lassen.“ Daher sind wir der Ansicht, dass die Kliniken sehr viel flexibler werden müssen, auch in Bezug auf die Kooperation mit anderen Einrichtungen oder den Diensten vor Ort. Ferner macht uns eine Sache Sorgen, über die ich etwas sagen möchte, auch wenn dies nicht hundertprozentig zu Ihrer Frage passt. Nach unseren Erfahrungen, die wir unter den geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen in den vergangenen Wochen, aber auch schon vorher unter den veränderten personellen Rahmenbedingungen gemacht haben, kommt es in den Kliniken vermehrt zur Anwendung physischen Zwanges. Das ist schon heute auf den Akutstationen spürbar, und das ist ganz fürchterlich.

Abg. **Ute Bertram** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Heimig. Wie beurteilen Sie den aktuellen Stand der Entwicklung des Psych-Entgelt-Systems sowie dessen weitere Perspektiven im Hinblick auf die Leistungsgerechtigkeit und die Transparenz im Vergleich zum bisher geltenden System. Bitte gehen Sie in Ihrer Antwort auch auf die jetzt im April

2014 beschlossene Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems sowie insbesondere auf die Kritik an der degressiven Ausgestaltung der Tagespauschalen ein.

**SV Dr. Frank Heimig** (InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus): Zum Vergleich zwischen dem bis jetzt bestehenden System und dem PEPP-System haben zwei meiner Vorredner schon etwas gesagt, das ich hier nur ergänzen möchte. Beide Systeme sind kaum zu vergleichen. Das System der Bundespflegesatzverordnung, der Psych-PV, basiert auf vier Stichproben an vier Tagen im Jahr, die nicht einmal in allen Häusern durchgeführt werden. Bei den Budgetverhandlungen werden andere Kriterien als Leistungskriterien zugrunde gelegt. Der Anspruch des Systems besteht auch gar nicht darin, die Behandlung des Patienten leistungsgerecht zu vergüten. Denn im Endeffekt wird – mit wenigen Ausnahmen, etwa bei Kinderkliniken oder pädiatrische Einrichtungen – für jeden Patienten in jedem Haus der exakt gleiche Betrag pro Tag gezahlt. Dies kann gar nicht leistungsgerecht sein. Insofern entspricht das PEPP-System schon jetzt – obwohl es sicher noch einige weitere Entwicklungsschritte durchlaufen muss – in erheblich höherem Maße dem Prinzip der Leistungsgerechtigkeit. Dies resultiert – wie meine Vorredner richtig gesagt haben – aus der fallbezogenen, der tagesbezogenen Vergütung, denn erstmals wird je nach Aufwand zwischen Patienten unterschieden. Patienten, die einen deutlich höheren Aufwand verursachen, werden anders eingruppiert und im Schnitt anders bewertet als solche Patienten, die weniger Aufwand verursachen. Zudem werden erstmals – auch wenn dieses immer falsch kolportiert wird – auch Leistungen wie die Psychotherapie ergänzend vergütet. In dem geplanten System gibt es mehr tagesbezogene Komponenten. Schon im geltenden PEPP-System wurden Besonderheiten wie Intensivbehandlung oder Eins-zu-eins-Betreuung eigens vergütet, und die Vergütungsformen werden ge-



## Nur zur dienstlichen Verwendung

mäß Beschluss der Selbstverwaltungspartner in den kommenden Systemen weiterentwickelt. Insofern kann man sicher sagen, dass das PEPP-System aufgrund seines spezifischen Anspruchs erheblich leistungsgerechter als das alte System sein muss. Wie Herr Baum sagte, ist dieses System ein Budgetzuordnungsinstrument gewesen, das irgendwie für die einzelnen Häuser passend gemacht wurde und das nur wenige Leistungskomponenten aufwies. Dagegen fordert das neue System eine Dokumentation der Leistungen, das heißt, der Entgeltanspruch muss hier auf Basis der erbrachten Leistungen belegt werden. Das ist ein grundsätzlicher Unterschied zum alten System, und in diesem Punkt muss daher das neue System überlegen sein. Dies zeigt sich jetzt schon deutlich, obwohl das neue System als ein lernendes System angelegt ist und sich erst noch entwickeln muss. Nun zu der Bemerkung von Herrn Pollmächer, dass die beiden vergangenen Jahre zwei verlorene Jahre gewesen seien. Wenn man schon lange Zeit in der Selbstverwaltung gearbeitet hat, dann muss man hier schon etwas an sich halten. Denn die Selbstverwaltungspartner haben auf der Basis des Prozesses, den Sie angestoßen haben, im vergangenen Jahr in einem Zeitrahmen von fünf bis sechs Monaten – über den Winter bis zum April – in einer offenen Diskussion Einiges erreicht. Durch den Beschluss haben wir die Degression im Behandlungsverlauf eines Patienten de facto fast vollständig abgeschafft. Der fatale finanzielle Anreiz – Herr Leber hat dies etwas anders ausgedrückt –, einen Patienten früher zu entlassen und dafür mehr Patienten zu behandeln, um die Erlössumme insgesamt zu erhöhen, besteht nicht mehr. Das Stufen-system ist abgeschafft worden. In dem neuen Vergütungssystem wird gleichermaßen die Schwere der Erkrankung wie auch die Tatsache – die nicht wegzudiskutieren ist – berücksichtigt, dass Patienten mit kürzerer Behandlungsdauer tagesbezogen höhere Kosten verursachen als Patienten mit deutlich längerer Behandlungsdauer. Dies hat sich bei vielen Kalkulationen herausgestellt – auch bei den

Simulationsrechnungen zu den Tagesentgeltgruppen (TEPP). Insofern ist der Beschluss der Selbstverwaltungspartner, ein System zu entwickeln, das sowohl die Verweildauer als Strukturkriterium – weil es zu unterschiedlichen Vergütungen führt – als auch weitere Kriterien – also keine Degression mehr, für alle Patienten der gleiche Vergütungssatz ab einer bestimmten Mindestverweildauer wie auch die Öffnung – berücksichtigt, nur konsequent. Ich hätte es nie für möglich gehalten, dass wir so schnell zu dem Beschluss kommen, eine tagesbezogene Komponente einzuführen. Im neuen System ist es vergütungsrelevant, wenn es im Verlauf der Behandlung eines Patienten zu Mehraufwendungen oder zu Intensitätsschwankungen kommt. Da in den vergangenen Monaten einige Kalkulationen angestellt worden sind und die Datenerfassung präzisiert worden ist, wäre es nicht nur zu kurz gegriffen, sondern auch letztlich diskreditierend zu behaupten, dass bisher nur Zeit verschwendet worden sei. Ich bin stolz auf das, was die Selbstverwaltung erreicht hat. Manche Kritik, die an dem System bisher geübt worden ist, erscheint mittlerweile unberechtigt.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Thewes. Zurzeit wird über eine Verlängerung der Optionsphase um rund zwei Jahre diskutiert. Auch Sie plädieren für diese Verlängerung. Welche Veränderungen am Entgeltsystem halten Sie für dringend notwendig und welche wären innerhalb einer Verlängerungsphase, wenn sie denn käme, auch umsetzbar?

SV **Stefan Thewes** (Landschaftsverband Rheinland Wirtschaftliche Steuerung): Ich denke, es ist eine sehr wichtige Frage, welche Veränderungen innerhalb von zwei Jahren machbar wären, wenn es zu einer Verlängerung der Optionsphase kommen sollte. Der LVR hat sich von Anfang an sehr kritisch zu dem



## Nur zur dienstlichen Verwendung

PEPP-System geäußert, und er hat dies Anfang 2013 auch in einer entsprechenden Resolution zum Ausdruck gebracht. Gleichwohl sind wir sehr konstruktiv mit dem System umgegangen. Wir haben zwei sogenannte Kalkulationshäuser am Start, wir haben unsere Daten in das System eingebracht, und wir wissen somit recht gut darüber Bescheid, wie das System funktioniert. Im vergangenen Jahr haben wir zudem 25 Vorschläge in das entsprechende Verfahren eingebracht. Diese lassen sich in Vorschläge zur Veränderung und in Vorschläge zur Differenzierung des Systems unterteilen. Interessanterweise sind alle Vorschläge zur Differenzierung des Systems bzw. der Leistungen angenommen worden, während die Vorschläge zur Veränderung des Systems alle abgelehnt wurden. Insofern liegen einige Vorschläge bereits auf dem Tisch. Ebenso wie Herr Heimig, der das gerade angedeutet hat, sind auch wir der Ansicht, dass die Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vom 1. April 2014 in die richtige Richtung zielt, weil sie eine Veränderung des Systems hin zu einer verstärkten Leistungsorientierung bewirkt. Bei dem bisher geltenden PEPP-System handelt es sich hingegen – das muss man so sagen – um ein diagnoseorientiertes System. Es geht von einer Diagnose aus und knüpft daran die Vergütung. Die eigentliche Leistung, die in den psychiatrischen Kliniken von Ärzten, Pflegern und Therapeuten erbracht wird, spielt hingegen nach wie vor eine untergeordnete Rolle. Daher sollte das System nun in der Weise weiterentwickelt werden, wie dies in den zwei Arten von Zuschlägen zum Ausdruck kommt, die jetzt eingeführt werden sollen. Dies kann aus unserer Sicht aber nur der Anfang sein. Künftig müssen auch entsprechende Leistungsdefinitionen vorgenommen werden, die dann dokumentiert, gegebenenfalls bewertet und entsprechend vergütet werden. Mit einer solchen Weiterentwicklung könnte man Einiges erreichen. Ein gravierendes Problem besteht aber darin, dass die Leistungsdokumentation im Wesentlichen darauf angelegt ist, einfach nur die Anzahl der Therapien zu do-

kumentieren. Das Ziel muss aber sein, auch Kombinationen von Leistungen und Therapien zu beschreiben, festzulegen und dann auch zu vergüten, also z. B. eine Kombination aus Bewegungstherapie und ärztlicher Behandlung, die dann auch berufsübergreifend festzulegen wäre. Weiterhin wäre es aus unserer Sicht dringend nötig, die dezentralen Strukturen, die in den großen psychiatrischen Kliniken vorgehalten werden, entsprechend zu vergüten. Bisher spielen diese Strukturen keine Rolle. Als großer psychiatrischer Träger sind wir in hohem Maße dezentral und wohnortnah orientiert. Wir verfügen über dezentrale Tageskliniken, die zunehmend auch dezentrale stationäre Angebote vorhalten. Dies verursacht zusätzliche Kosten, die im bestehenden System in keiner Weise abgedeckt werden. Ein weiterer wichtiger Punkt betrifft die Pflichtversorgung. Wir sind als große psychiatrische Kliniken dazu verpflichtet, jeden Patienten aufzunehmen, der in unserem Pflichtversorgungsgebiet stationär behandelt werden muss, ganz gleich, zu welcher Uhrzeit. Dies erfordert zusätzliche Bereitschaftsdienste sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich. Die entsprechenden Zusatzkosten werden im bestehenden System nicht entsprechend abgebildet. Ich denke, an diesen konkreten Beispielen zeigt sich, wo bei der Weiterentwicklung des Systems angesetzt werden muss. Darüber hinaus arbeiten wir als Landschaftsverband an einer Weiterentwicklung des Konzepts hin zu einem modularen System, in das auch die ambulante Versorgung mit integriert werden kann. Wenn wir nun durch die Verlängerung der Options- und eben auch der budgetneutralen Phase zwei Jahr mehr Zeit bekommen, dann haben wir die Chance, das System in die richtige Richtung weiterzuentwickeln.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Kollegin, Frau Bertram, hatte an Herrn Dr. Heimig die Frage gestellt, wie er den aktuellen Entwicklungsstand des Psych-Entgeltsystems und seine weiteren Entwicklungsperspektiven, insbe-



## Nur zur dienstlichen Verwendung

sondere im Hinblick auf Leistungsgerechtigkeit und Transparenz, im Vergleich zum bestehenden System einschätzt. Mich würde interessieren, wie Herr Baum von der DKG diese Frage beantworten würde. Ich möchte Sie zudem bitten, auf die Anfang April 2014 beschlossene Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystem einzugehen und insbesondere zu der Kritik an der degressiven Ausgestaltung der Tagespauschalen Stellung zu nehmen.

**SV Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.): Lassen Sie mich zunächst feststellen, dass wir alle gemeinsam, das heißt die DKG und die Krankenkassen, den ersten Katalog entwickelt bzw. den entsprechenden Auftrag an das InEK erteilt haben. Auf der Grundlage dieses ersten Versuchs, der auch durch die begrenzten Möglichkeiten zur Datenerfassung gekennzeichnet war, haben wir dann festgestellt, dass der Katalog in unserem Krankenhaussystem, bei der praktischen Anwendung in der Psychiatrie, keine Akzeptanz findet. Daher haben wir mit einer Diskussion über die nötigen Veränderungen des Kataloges begonnen. Es war dabei von Anfang an unser Ziel, im Rahmen der Selbstverwaltung konstruktiv zusammenzuarbeiten. Nach einem langen und schwierigen Diskussionsprozess, wie er für die Selbstverwaltung typisch ist – denn die Kompromisse zwischen Krankenkassen und Krankenhausseite müssen immer fein austariert sein –, haben wir nun mit der Vereinbarung vom 1. April 2014 einen ersten wichtigen Schritt nach vorn getan. Dies betrifft insbesondere die Degression, die das Ergebnis einer fallbezogenen Ableitung ist. Sie wird dadurch stark abgemildert, dass die Degressionsstufen bzw. -stufen gänzlich entfallen. Außerdem glätten wir den gesamten Verlauf, indem wir den Entlassungstag zu einem Abrechnungstag machen. Das hebt das gesamte System. Das heißt, viele Aspekte der Kritik, die sich an der Degression entzündet hatten, sind durch den jetzt eingeleiteten Umbau gegen-

standslos geworden. Ferner haben wir die Auffassung vertreten, dass bestimmte Einzelinterventionen gesondert vergütet werden sollten. Dies ist jetzt bei zwei Kategorien gelungen. Die Krankenhausseite ist allerdings der Meinung, dass weitere Kategorien hinzukommen sollten, so zum Beispiel die teure Großgerätediagnostik. Es ist zwar grundsätzlich problematisch, Diagnostik zur Basis für eine zusätzliche Vergütung zu machen, aber wenn sie beispielsweise am 17. Tag der Behandlung erforderlich wird, dann muss sie auch im Vergütungssystem sachgerecht abbildbar sein. Deshalb haben wir mit der Bestimmung dieser maßgeblichen Komponenten – Degression deutlich geglättet, zwei Einzelkomponenten – nun den ersten Schritt getan. Wir haben zudem den Auftrag erteilt, in der nächsten Überarbeitungsrunde weitere Einzelkomponenten zu identifizieren. Fürs erste haben wir jedenfalls einen Systemschritt vollzogen, der hoffentlich, wenn es im September zur Umsetzung kommt, keine größere Diskussionen auslösen und keine Akzeptanzprobleme aufwerfen wird.

**Abg. Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an Frau Dr. Tophoven von der Bundespsychotherapeutenkammer. Sie halten im Rahmen der Einführung des neuen Vergütungssystems die Einbindung zusätzlicher Expertinnen und Experten für notwendig. Wie soll sich diese Gruppe von Beraterinnen und Beratern Ihrer Auffassung nach zusammensetzen und was soll die Gruppe konkret leisten?

**SV Dr. Christina Tophoven** (Bundespsychotherapeutenkammer): Wir denken, es bedarf der Einsetzung einer Expertengruppe, die die Aufgabe hätte, eine wichtige Ergänzung des PEPP-System zu diskutieren. Das PEPP-System bezieht sich nur auf stationäre und teilstationäre Leistungen. Es gibt aber eine große Patientengruppe mit einem komplexen Behandlungsbedarf, die durchaus auch ambulant versorgt werden könnte. Dafür gibt es gute An-



## Nur zur dienstlichen Verwendung

sätze, etwa eine Versorgung gemäß § 64b (Modellprojekte) oder eine integrierte Versorgung. Bei diesen Ansätzen handelt es sich aber nur um Insellösungen. Das ist das erste Problem. Das zweite besteht darin, dass die Ansätze entweder dem ambulanten oder dem stationären Bereich zugeordnet sind, dass man also versucht, die Versorgung aus dem jeweiligen Leistungsbereich heraus zu organisieren, während eine echte, Sektoren verbindende Kooperation fehlt. Das dritte Problem besteht darin, dass für die Patienten nicht hinreichend transparent wird, ob sie eine leitliniengerechte Versorgung erhalten. Wir sind der Überzeugung, dass hier ein wichtiges Handlungsfeld existiert, in dem bereits Einiges geleistet und eine Menge an Erfahrungen gesammelt worden ist, in dem aber noch kein ausreichendes Angebot besteht, um eine Patientengruppe flächendeckend zu versorgen, die dringend eine stärker ambulant orientierte Versorgung benötigt. Unserer Ansicht nach wäre es hilfreich, wenn sich in diesem Bereich ein Expertengremium konstituieren würde, das sich aus Vertretern der Patienten, der Krankenkassen und der Leistungserbringer, also der Krankenhäuser und der Vertragsärzte, zusammensetzen würde. Wichtig wäre ferner eine Beteiligung der psychiatrischen Pflege und von Vertretern der Psychotherapie, also aller Berufsgruppen, die eine multiprofessionelle Versorgung ambulant organisieren könnten. Es geht darum, all diese Gruppen zusammenzubringen, um die dringend notwendige Ergänzung des PEPP-Systems im Konsens zu entwickeln und entsprechende gesetzgeberische Schritte anzustoßen.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an Herrn Löhr. Ich möchte wissen, welche Erkenntnisse es aus dem Bereich der stationären psychiatrischen Behandlung über den Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Behandlungsqualität gibt und ob von einer unzureichenden Personalausstattung möglicherweise Fehlanreize – etwa was die

Anwendung von Zwangsmaßnahmen anbelangt – ausgehen.

SV **Michael Löhr** (Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e. V.): Die Frage ist sehr komplex, denn wir müssen berücksichtigen, ob es überhaupt geeignete Outcome-Kriterien gibt, die es ermöglichen, dies dezidiert zu beurteilen. Allerdings deuten einige aktuelle Untersuchungsergebnisse darauf hin, dass es solche Fehlanreize geben könnte. Wir wissen z. B. aus aktuellen internationalen Studien von Bauers et al., dass bei einem vermehrten Einsatz von gering qualifiziertem Personal die Überwachungsmaßnahmen zunehmen und dass hier auch ein Zusammenhang mit dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen bestehen könnte. Ferner wissen wir, dass es zur Frage der Eins-zu-eins-Betreuung, so wie sie im OPS-Katalog definiert ist, keine Evidenz gibt. Uns ist nicht bekannt, ob sie wirkt, was sie bewirkt oder ob sie möglicherweise sogar schadet. Das können wir zum jetzigen Zeitpunkt nicht sagen. Gleichwohl wird sie zurzeit hoch bewertet, und es wird demnächst sogar ein Zusatzentgelt dafür geben. Es ist somit, wie ich finde, eine sehr spannende und auch entscheidende Frage, inwieweit mit dieser Maßnahme Fehlanreize geschaffen werden, die eventuell einen Anstieg unerwünschter Maßnahmen bewirken können. Es ist gerade eine Publikation eingereicht worden, die zeigt, dass diese Interventionsform innerhalb eines Jahres um mehr als 40 Prozent zugenommen hat. Nun kann man einwenden, dass dieser Anstieg vielleicht erst nachträglich dokumentiert worden ist. Das erscheint durchaus möglich. Wir können somit keinen kausalen Zusammenhang herstellen. Gleichwohl muss man das Forschungsergebnis ernst nehmen. Eine weitere Frage ist, wie mit der Psych-PV umzugehen ist. Wie vorhin bereits ausgeführt wurde, können die zurzeit bestehenden Probleme auch mit Hilfe der Psych-PV nicht gelöst werden. Auch auf deren Grundlage ist es schon zu Mangelsituationen gekommen. So gibt es z. B.



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Studien, die belegen, dass im Bereich der Gerontopsychiatrie gemäß den Pflegestufen für die Betreuung teilweise viermal soviel Zeit zur Verfügung gestanden hat wie nach der Psych-PV, obwohl angesichts des großen somatischen Pflegeaufwandes bei Menschen mit gerontopsychiatrischen Problemen auch die Pflegestufen, wenn man den Minutenwert zugrunde legt, schon nicht besonders großzügig ausgestattet sind. Das heißt, es gibt Versorgungsdefizite im System, die wir auffangen müssen, und auch Fehlanreize, die unbedingt reduziert werden sollten. Wir brauchen also ein neues System, das ist ganz eindeutig. In diesem Zusammenhang ist auch die Frage nach der Eins-zu-ein-Betreuung zu sehen, die sehr hoch bewertet wird und die auch viel Geld kostet. Wir haben das mal hochgerechnet. Die Eins-zu-eins-Betreuung wird in Deutschland weit über 100 Mio. Euro kosten. Das ist ein sehr großer Kostenblock. Aber obwohl es sich hier um eine der teuersten Interventionen handelt, wissen wir, wie gesagt, nicht, was sie bewirkt oder ob sie schadet. Wir haben keine Ahnung.

**Abg. Maria Klein-Schmeik (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Meine Frage richtet sich an Prof. Kruckenberg. Wir haben gehört, dass es im PEPP-System Fortschritte und Verbesserungen gegeben hat. Sind damit aus Ihrer Sicht die wesentlichen Kritikpunkte ausgeräumt oder stehen wir weiterhin vor grundlegenden Herausforderungen, die mit der Einführung eines neuen Entgeltsystems gemeistert werden müssen?

**SV Prof. Dr. Peter Kruckenberg (Aktion Psychisch Kranke e.V.):** Es ist bereits deutlich geworden, dass die Verhältnisse recht komplex sind und dass die einfachen Lösungen, die hie und da vorgeschlagen werden, nicht unbedingt zum Ziel führen. Zunächst kann man feststellen, dass das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) – dies ist ein Kompliment an den Bundestag – ein hervorragendes Gesetz ist, das in

mehrfacher Hinsicht zukunftsweisend war. Es war überfällig sich einzugestehen, dass die Psychiatrie eine besondere Position einnimmt. Im Verlauf seines Lebens eine schwere psychische Erkrankung zu haben, ist etwas ganz anderes als ein Beinbruch. Für diesen Versorgungsbereich müssen wir besondere Lösungen finden, auch im Hinblick auf die Vergütung. Zweitens geht es darum, den Standard, der 1991 festgesetzt, dann aber fast überall unterschritten wurde, wieder zu erreichen. Drittens muss dieser Standard erweitert und in zukunftsorientierte Angebote überführt werden – so wie es hie und da bereits angeklungen ist –, und zwar in Richtung auf eine lebensweltbezogene Begleitung des Patienten, bei der die stationäre Behandlung nur ein sozusagen vorübergehendes Element darstellt, das in das Gesamtangebot mit aufgenommen wird. Und schließlich muss das Ganze auch noch transparent sein. Das war im Übrigen einer der Aufträge des (KHG). Von diesen Aufträgen hat die Selbstverwaltung bisher nur einen, nämlich die Entwicklung eines neuen Entgeltsystems, erledigt. Und auch dieses Konzept erscheint eher ein wenig gestückelt. Es trägt jedenfalls kaum den spezifischen Anforderungen Rechnung, die bei der Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen auf einer Station gegeben sind, dass nämlich ein milieutherapeutischer Zusammenhang gestiftet werden muss, in dem eine Gruppe von Patienten von einer Gruppe von Mitarbeitern betreut wird, die eine Gemeinschaft bilden. Es ist völlig unsinnig, dieses therapeutische Zusammenwirken in streng voneinander abgegrenzte Einzelleistungen zu unterteilen. Das heißt, der Konzeptansatz war völlig verkehrt. Er ist aber jetzt schrittweise erweitert worden. Die Daten, die wir zurzeit aus dem PEPP-System entnehmen, sind weiterhin ungeordnet und entsprechen trotz des hohen Dokumentationsaufwandes keineswegs dem, was im Hinblick auf die Bewertung von Leistungsbedarfen für verschiedene Patientengruppen erforderlich wäre. Die Diagnosen bezogene Auswertung dieser Daten erbringt keine wesentlichen Informationen



## Nur zur dienstlichen Verwendung

über den Aufwand. Denn der Aufwand wird vom Schweregrad bestimmt, und es gibt bis jetzt allenfalls erste Versuche, diesen angemessen zu erfassen. Das heißt, ein Kurswechsel ist nötig. Denn das Ganze führt zu dem Ergebnis, dass die schwer Erkrankten schlechter versorgt werden, weil weiterhin ein Anreiz besteht, die Zahl der Betten in stationären Einrichtungen für leichter Erkrankte zu erhöhen, um die Defizite im ambulanten Bereich auszugleichen. Der Kurswechsel ist auch erforderlich, weil es bisher keine strukturierte Zusammenarbeit zwischen der Selbstverwaltung und den mittlerweile sehr gut miteinander kooperierenden Verbänden – bis hin zu den Zusammenschlüssen von Angehörigen mit Erfahrung im Umgang mit psychiatrisch Erkrankten – gegeben hat. Diesen Weg müssen wir beschreiten. Dabei ist es hilfreich, dass wir nun zwei Jahre mehr zur Verfügung haben. Es muss darüber hinaus aber auch einen strukturierten Arbeitszusammenhang geben – so wie dies bei meiner Kollegin bereits angeklungen ist –, der diejenigen zusammenbringt, die die fachlichen Kenntnisse besitzen. Diese Kenntnisse sind nämlich in der Selbstverwaltung kaum vorhanden bzw. hat es sie zumindest zu Beginn so gut wie nicht gegeben. Um dies auszugleichen, muss ein strukturierter Arbeitszusammenhang hergestellt werden. Dies wäre allerdings insofern nichts grundlegend Neues, als die Fortschritte, die die Psychiatrie seit dem Zweiten Weltkrieg erzielt hat, immer dann zustande gekommen sind, wenn die Politik die Vorgabe gemacht hat, dass die Selbstverwaltung mit den Experten zusammenarbeiten soll – so wie bei der Psychiatrie-Enquete, beim Bundesmodellprogramm oder bei der Psych-PV. Ich möchte Ihnen daher dringend nahe legen, mit den mittlerweile sehr gut kooperierenden Verbänden eine gemeinsame Arbeitsform zu finden, damit am Ende nicht nur ein Rechenergebnis steht, sondern damit es zu einer transparenten Weiterentwicklung des Systems kommt. Es darf auf keinen Fall eine Rückkehr zum alten System geben. Es muss vielmehr eine Weiterentwicklung hin zu einem

regionalen, Sektor übergreifenden Verbundsystem geben, und es muss vermieden werden, dass die Kosten bei kurzzeitiger Behandlung auf den Sozialhilfebereich abgewälzt werden, wie dies der Fall wäre, wenn es bei dem geplanten Psych-Entgeltsystem bliebe. Die Entwicklung hin zu einem neuen, kooperierenden System setzt sowohl eine gezielte Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen als auch einschlägige Regelungen auf gesetzlicher und Verwaltungsebene voraus. Dies möchte ich Ihnen ans Herz legen, denn unsere langjährigen Erfahrungen haben gezeigt, dass man nur unter diesen Bedingungen Fortschritte erzielen kann.

**Abg. Heiko Schmelzle (CDU/CSU):** Meine Frage richtet sich an Frau Dr. Klakow-Franck vom Gemeinsamen Bundesausschuss. Nach § 137 Abs. 1c SGB V soll der GBA spätestens bis zum 1. Januar 2017 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Form von Richtlinien festlegen. Der G-BA soll dabei Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem erforderlichen therapeutischen Personal geben und Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die Einrichtungs- und Sektor übergreifende Versorgung in diesem Bereich entwickeln. Ich möchte von Ihnen wissen, wie Sie diese Regelung generell beurteilen, und ich möchte Sie bitten, in Ihrer Antwort auch auf den Prozess der Erarbeitung von solchen Empfehlungen zur sachgerechten Personalausstattung sowie zu ihrer Umsetzung in den Kliniken einzugehen.

**SV Dr. med. Regina Klakow-Franck (Gemeinsamer Bundesausschuss):** In der Tat haben wir vom Gesetzgeber einen komplexen Arbeitsauftrag erhalten. Die Entwicklung der Folgeverordnung, die nach dem geplanten Auslaufen der Psych-PV gelten soll, also der Empfehlungen, die wir stattdessen zu erarbeiten haben, sind



## Nur zur dienstlichen Verwendung

nur ein Baustein unter den Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die wir insgesamt auf die Agenda gesetzt haben. Aktuell haben wir das AQUA-Institut damit beauftragt, ein Sektoren übergreifendes, Indikator gestütztes Verfahren zur Qualitätssicherung der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie und anderen F2-Diagnosen zu erarbeiten. Aber nun zu Ihrer eigentlichen Frage nach der Folgeregelung für die auslaufende Psych-PV: Künftig wird es Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses in Form einer Strukturqualitätsrichtlinie für stationäre Einrichtungen in der Psychiatrie und der Psychosomatik geben. Ferner haben Sie nach dem Verfahren gefragt, in dem die Empfehlungen erarbeitet werden. Wir haben die Arbeitsgruppe, die sich damit befassen wird, jetzt im April gegründet und werden mit den Beratungen noch im Laufe des zweiten Quartals beginnen. Die Arbeitsgruppe setzt sich nicht ausschließlich aus Amtsträgern der Gemeinsamen Selbstverwaltung zusammen, sondern ihr gehören auch Fachvertreter der Bänke an. Es werden zudem Experten hinzugezogen. Ferner werden der Arbeitsgruppe beim Gemeinsamen Bundesausschuss die sogenannten Beteiligten angehören, also die Bundespsychotherapeutenkammer, der Deutsche Pflegeerrat, die Bundesärztekammer und natürlich die Patientenvertretung. Somit ist die Arbeitsgruppe mit Fachexperten der Bänke und der Beteiligten besetzt. Sie wird dann auch Expertenanhörungen durchführen. Ausgangsbasis der Beratungen wird in der Regel eine Literaturrecherche zu einschlägigen Empfehlungen oder zur Personalausstattung sein, wie man sie insbesondere aus entsprechenden Leitlinien oder aus Studien zur Versorgungsforschung ableiten kann. Wenn nach Abschluss der Vorberatungen ein Beschlussentwurf für eine solche Strukturqualitätsrichtlinie vorliegt, dann führt der Gemeinsame Bundesausschuss ein Stellungnahmeverfahren durch. Hierbei haben insbesondere die Fachgesellschaften der AWMF, aber auch andere Akteure die Gelegenheit, noch einmal ausführlich schriftlich

Stellung zu nehmen. Sobald die Stellungnahmen vorliegen, besteht zusätzlich die Möglichkeit, die Fachexperten der Fachgesellschaften zu einer Anhörung beim G-BA einzuladen. Ich erläutere dies deswegen so ausführlich, weil die Frage im Raum steht, ob die Notwendigkeit besteht, eine weitere Expertenkommission einzurichten. In Anbetracht der Tatsache, dass sich die Selbstverwaltung wissenschaftlich stark aufgerüstet hat – bitte sehen Sie mir diese etwas martialische Ausdrucksweise nach –, halte ich dies nicht für notwendig, auch wenn ich Ihnen, Herr Prof. Kruckenberg, damit widersprechen muss. Ich denke, wir sind, was die Einbeziehung von klinischer Expertise anbelangt, eigentlich gut aufgestellt. Trotz der Komplexität des Beratungsverfahrens – allein mit Blick auf die Strukturqualität, also die Ausstattung mit Personal, bzw. die Personalanhaltszahlen – und auch trotz der nötigen wissenschaftlichen Fundierung sehe ich keinen Grund, weshalb es nicht gelingen sollte, die Richtlinie fristgerecht bis spätestens zum 1. Januar 2017 zu verabschieden. Aber selbst wenn dies so sein wird – wovon ich ausgehe –, stehen wir dann insofern vor einer neuen Situation, als die vom G-BA geschaffene Folgeregelung – darauf weise ich ausdrücklich hin – nur Empfehlungscharakter hat. Die Empfehlung wird zwar Bestandteil einer verbindlichen Richtlinie sein, aber der Teil der Richtlinie, der bestimmt, wie viel Personal vorgehalten werden soll, hat ausschließlich empfehlenden Charakter. Dies ist im Vergleich zur der verbindlichen Vorgabe, die die Psych-PV macht, eine neue Situation, und zwar auch dann, wenn es zutrifft, was ich verschiedentlich gehört habe, dass auch diese Vorgabe in den vergangenen Jahren nicht immer eingehalten worden ist. Auf jeden Fall beinhalten die neuen Empfehlungen, was ihre Verbindlichkeit anbelangt, im Vergleich zur Psych-PV eindeutig eine Abschwächung. Ich empfehle daher, bei den Beratungen im Bundestag noch einmal darüber nachzudenken, ob es ausreicht, an dieser Stelle lediglich eine Regelung mit Empfehlungscharakter zu treffen.



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Daran kann ich gut anknüpfen, indem ich Herrn Prof. Kruckenberg bitte, zu den Ausführungen von Frau Klakow-Franck Stellung zu nehmen. Sie skizzieren in Ihrer schriftlichen Stellungnahme ebenso wie vorhin in Ihrem Wortbeitrag die Kurskorrektur, die im Rahmen des PEPP mit der Einrichtung einer multidisziplinären Expertenkommission vorgenommen wird. Vielleicht könnten Sie vor dem Hintergrund des gerade Dargestellten Ihre Forderung noch einmal begründen? Da der G-BA die Empfehlungen erarbeitet, halte ich diesen Punkt für wichtig. Ferner möchte ich Sie, Herr Prof. Kruckenberg, fragen, auf welche Weise die Strukturempfehlungen Ihrer Meinung nach in die Entscheidung der Selbstverwaltung einfließen sollten.

**SV Prof. Dr. Peter Kruckenberg** (Aktion Psychisch Kranker e.V.): Bei einem Verfahren im Rahmen der Selbstverwaltung, wie wir es etwa bei der Umsetzung des KHRG erlebt haben, ist eine Reihe interner Abstimmungen und Gespräche nötig. Dazu wird ab und an ein Fachvertreter hinzugezogen. Dann werden Vorlagen erarbeitet. Das gesamte Verfahren dauert dann vielleicht ein Jahr. Währenddessen kommt es noch zu einer Änderung in den OPS, im DIMDI, die nur einen kleinen Teil des Versorgungsbereichs betrifft, und das Ganze wird dann möglicherweise umgesetzt. Dies alles führt aber nicht zu einer konzeptionell geordneten Gesamtentwicklung. Beispielhaft verweise ich hier auf die Expertenkommission zur Psych-PV, die in internen Beratungen, aber auch im Diskurs mit dem Bundesministerium zwei Jahre lang Erfahrungen aus der Praxis nach konzeptionellen, strukturellen und finanziellen Gesichtspunkten ausgewertet hat. Die Kommission hat dann daraus ein sowohl erfahrungsgestütztes als auch qualitätsorientiertes Konzept entwickelt. Dieses Konzept ist zu Beginn der Auseinandersetzungen um das neue Entgeltsystem als angeblich zu normativ abgelehnt worden. Darüber wurde überhaupt

nicht diskutiert. Stattdessen wurden die unsinnigen Stufungen eingeführt, von denen jede Krankenschwester auf der Station weiß, dass sie den Leistungsumfang nicht adäquat beschreiben. Das, was jetzt entstanden ist, resultiert nicht aus einem zusammenhängenden Diskurs, sondern ist aus Bruchstücken zusammengesetzt worden. Auch bei den Daten, die uns für das PEPP zur Verfügung stehen, handelt es sich um ein Gemenge aus Bruchstücken, denen ein konzeptioneller Zusammenhang fehlt. Die Frage, inwieweit es sich hier um ein lernendes System handelt, kann man ein wenig zugespitzt vielleicht wie folgt beantworten: Das Lernen erfolgt derzeit in kleinen Schritten, die jedoch in die falsche Richtung gehen, jedenfalls nicht in die Richtung, die sich derzeit in der Entwicklung des Versorgungssystems international abzeichnet. An diesen Weg wird man nur dann Anschluss finden, wenn man einen Diskurs mit den Fachkreisen auf den Weg bringt. Die Frage ist, worum es eigentlich geht. Der Kurswechsel an sich ist nicht schwierig zu bewältigen. Ich denke, dass man durch einen Diskurs im Rahmen einer solchen Expertenkommission, die auch das InEK und das DIMDI einschließt, relativ zügig zu Ergebnissen gelangen könnte, die eine vernünftige Steuerung erlauben, und zwar durch Bezugnahme nicht auf Einzelleistungen, sondern auf Komplexleistungen, die nach Schweregrad differenziert sind. Das ist nicht schwierig. Es gibt dazu bereits Verfahrensvorschläge, die sozusagen in der Schublade liegen. Diese Vorschläge bieten die Möglichkeit umzusteuern und die Sache auf einen guten Weg zu bringen. Dabei ist es immer hilfreich, wenn jemand rechnen kann, und dass Herr Heimig nicht so gut rechnen kann, das bezweifelt niemand. Das zweite und schwierigere Problem betrifft die Steuerung. Denn bei jeder mehr oder weniger einzelfallbezogenen Leistungsvergütung besteht das Risiko einer Ausweitung des Leistungsgeschehens durch eine angebotsorientierte oder auch nachfrageorientierte Versorgung. Das Gegenteil wäre eine verbindliche Versorgung, die den



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Schweregrad einer Störung mit berücksichtigt. Sie müssen sich klar machen, dass heute Menschen mit einer akuten schweren Erkrankung ins Krankenhaus kommen, obwohl sie die stationäre Behandlung gar nicht unbedingt brauchen. Aber die Patienten können sich das nicht aussuchen, sie können das System nicht steuern. Daher wäre eine politische Entscheidung nötig, die ein geordnetes System zu schaffen hätte, über das im Diskurs mit den Fachkreisen zu debattieren wäre. Der Weg dahin ist klar. Es geht um regionale Verbundsysteme mit Bezug zu regionalen Budgets. Damit haben wir bereits Erfahrungen, die sich durchaus auch als wirtschaftlich erwiesen haben, nicht nur bei uns in Schleswig-Holstein, sondern auch anderswo. Wenn man den Weg dorthin gemeinsam gehen will, dann braucht man Expertenkommissionen. Jedenfalls ist das Ziel mit einem Verfahren zur Messung von Einzelleistungen, wie es das PEPP im Augenblick darstellt, nicht zu erreichen. Ich verstehe daher nicht, weshalb das Angebot von 19 Verbänden, im kooperativen Zusammenwirken an der Entwicklung eines Gesamtsystems zu arbeiten, nicht dankend angenommen wird. Dies könnte eine sinnvolle Struktur sein, die aber auch ökonomisch arbeiten muss. Ich bin recht sicher, dass es letztlich dazu kommen wird, weil eine bloße Weiterentwicklung des PEPP-Systems in der bisher eingeschlagenen Richtung dazu führen würde, dass es einem großen Teil der Schwerkranken schlechter geht. Bitte entschuldigen Sie, wenn ich so weit gehe, aber die Koalition wird sich irgendwann fragen lassen müssen, ob sie das Ziel, das sie im Koalitionsvertrag formuliert hat, nämlich eine strukturierte Weiterentwicklung des Systems, tatsächlich anvisiert hat.

**Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU):** Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Heimig, die sich auf die Ausführungen bezieht, die Herr Dr. Kruckenberg gerade im Hinblick auf die Expertenkommission gemacht hat. Wir haben einen Fraktionsbeschluss, der vorsieht, die Opti-

onsphase um zwei Jahre zu verlängern. In dieser Phase soll die Expertenkommission in die Beratungen einbezogen werden. Es wurde nun gesagt, dass zu wenig medizinisches Fachwissen mit einfließt. Wie beurteilen Sie diese Aussage? Außerdem möchte ich darauf hinweisen, dass für die Krankenhäuser, die optieren, die Möglichkeit geschaffen wird, die Psych-PV noch besser zu erfüllen, als dies bisher der Fall gewesen ist, weil in den kommenden zwei Jahren die doppelte Grundlohnrage zugrunde gelegt wird.

**SV Dr. Frank Heimig (InEK GmbH – Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus):** Angesichts der Expertenrunde ist das für mich sehr schwer zu bewerten. Wenn ich von Herrn Prof. Kruckenberg höre, dass Beschreibungen von Komplexleistungen bei der Behandlung sozusagen in der Schublade liegen und jederzeit vorgelegt werden könnten, dann verstehe ich nicht, weshalb dies nicht geschieht. Ferner handelt es sich bei dem derzeit angewandten Verfahren nicht um ein Einzelleistungsmessverfahren. Vielmehr misst das System die Leistungen, die derzeit als solche definiert sind und erbracht werden. Wenn die Psychiatrie weitere Leistungen, insbesondere – das ist so ein Systemwunsch – eine Leistungsbeschreibung und Definition – wie heute mehrfach gehört – für die Behandlung von Patienten mit hohem Therapieaufwand – die Schwerkranken – einbeziehen möchte, dann kann sie dies in das Leistungsdefinitionssystem beim DIMDI, also in den Fachdialog, einbringen. Nach meiner Auffassung sitzt die überwiegende Mehrzahl der Fachexperten bereits in der AG OPS, dort sind alle Verbände vertreten. Vielleicht gehören Sie, Herr Pollmächer, nicht dazu, aber die DGPPN, die DGPN, die Verbände der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowie der G-BA sind dort vertreten. Die besagten Expertenkreise waren somit bereits an der Erarbeitung des OPS-Schlüssels beteiligt. Es ist nicht ganz fair, wenn dem System angekreidet wird, dass es von Diagnosen ausgeht – dabei klingt



## Nur zur dienstlichen Verwendung

immer der Vorwurf mit, dies sei schlecht – und es sei ein Einzelleistungsvergütungssystem. Wenn man Leistungsinhalte, wie z. B. die Qualität der Behandlung des Patienten, beschreiben und im besten Fall auch noch Qualitätsmesskriterien heranziehen, mindestens aber Strukturkriterien für die Behandlung, für sogenannte Komplexleistungen, wie es sie im DAG-Bereich gibt – die zu entwickeln, war sehr mühsam – definieren will – dann ist es Sache der Beteiligten, sich einzubringen. Eigentlich hat man schon zwei Jahre Zeit gehabt, sich einzubringen und Definitionen vorzuschlagen. Wenn eine Leistungsdefinition vorliegt, dann kann man auch eine Kalkulation vornehmen, ganz gleich, ob es sich um eine Komplexpauschale, eine Behandlungspauschale oder eine Einzelleistungspauschale handelt. Wir haben vor allem deshalb nichts Anderes als Therapieeinheiten zur Verfügung, weil uns keine weiteren Vorschläge zur Bearbeitung vorgelegt worden sind. Die entsprechenden Gremien gibt es aber doch. Außerdem existiert ein Vorschlagsverfahren, in das man sich einbringen kann. Und wenn Herr Thewes kritisiert, dass zwar ein Großteil seiner Umbauvorschläge, nicht aber die systembezogenen Vorschläge umgesetzt worden seien, dann muss man ihn auf die Logik der Selbstverwaltung verweisen. Systemumbauten kann das InEK nicht sozusagen nebenbei realisieren. Nun zum Problem der Unterscheidung zwischen Einzelvergütung und Komplexvergütung. Herr Baum hat das Problem der Vergütung von sehr teuren diagnostischen Verfahren bereits kurz angesprochen. Es liegt dazu ein Vorschlag des InEK vor, der aus der Diskussion im vergangenen Winter hervorgegangen ist. Darüber muss weiter nachgedacht werden. Klar ist aber, dass niemand ein System will, in dem es beispielsweise ein spezielles Entgelt für CTs gibt. Gleichzeitig besteht das Problem, dass bei manchen Patienten – etwa wenn es darum geht, eine Demenz abzuklären – eine sehr teure komplexe Diagnostik angewendet werden muss. Wir brauchen daher ein System, das die Balance zwischen Einzelleistungsvergütung

und Beschreibung der Komplexleistung hält. Dies ist ein schwieriger Prozess, der alles andere als trivial ist. Begonnen werden muss auf jeden Fall mit der Beschreibung und qualifizierten Bezeichnung der Komplexleistung, also all der Maßnahmen, die am Patienten durchgeführt werden, damit wir endlich messbar nachvollziehen können, was diesen aufwendigen oder schwerkranken Patienten ausmacht, der durch das Raster fällt. Das kann man per definitionem machen, ein solcher Patient ist in vielen anderen Bereichen bereits definiert. Uns fehlt aber bis jetzt eine zu dem Einzelleistungsvergütungssystem passende Leistung. Sobald die Definition vorliegt, können wir genau diese Leistung messen. Diagnosen dürfen nicht zugrunde gelegt werden. Wenn wir aber eine Eins-zu-eins-Betreuung vornehmen, die zweifelsohne sehr teuer ist, wenn auch in ganz unterschiedlichem Umfang – je nach Stundenzahl oder Dauer –, dann gilt diese als Einzelleistung. Ich hoffe sehr, dass es in den zwei Jahren, um die sich die Frist nun verlängert, gelingen wird, endlich auch diese Komplexleistungen zu erfassen und damit zu qualitativen Aussagen über die Dinge zu gelangen, die medical meaningful sind. Es wäre mein Wunsch, dass wir nicht bei der Bestandsaufnahme, wie es nicht sein sollte, stehen bleiben, sondern konkrete Vorschläge entwickeln, die auch umsetzbar sind. Dazu braucht man keine Expertenkommission. Die Beteiligten und ihre Verbände sind schon gut aufgestellt, und ihre Stellungnahmen liegen vor. Die 126 Vorschläge, die in das Vorschlagsverfahren Eingang gefunden haben, sind nicht verloren gegangen, sondern an die Selbstverwaltung weitergeleitet und dort vorgetragen worden. Da dies allerdings erst im vergangenen April geschehen ist, kann man nicht erwarten, dass sie im August bereits umgesetzt sind. Dafür sind sie zu weitreichend. Die einen Verbände vertreten alle Krankenhäuser und die anderen alle Krankenversicherer in Deutschland – unter diesen Bedingungen kann man Entscheidungen nicht einfach aus den Ärmel schütteln. Dazu bedarf es zunächst verbandsinterner Abstimmungs-



## Nur zur dienstlichen Verwendung

prozesse und der Auswertung von Zahlen. Dies sollte man zur Kenntnis nehmen und nicht immer nur die erzielten Fortschritte kleinreden.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an Herrn Prof. Pollmächer. Es klingt gerade so, als wären da einige Informationen nicht geliefert worden. Was sagen Sie dazu?

SV **Prof. Thomas Pollmächer** (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie): Ich denke, ein grundlegender Dissens resultiert daraus, dass viele Psychiater den Behandlungsbedarf ihrer Patienten bzw. das, was diesen Patienten fehlt und was sie brauchen, um gesund zu werden, nicht in der Weise für messbar halten, wie dies Herr Heimig und Herr Leber tun. Meiner Auffassung nach werden gewisse Dinge in der Psychiatrie immer nur schwer zu quantifizieren sein. Ferner möchte ich darauf hinweisen, dass der beliebte Begriff des lernenden Systems, der heute jedem entgegenschlägt, der irgendeine Kritik an dieser Entwicklung äußert, sich mittlerweile – wenn ich es aus meiner psychiatrischen Perspektive betrachte – zu so etwas wie dem Valium des Entwicklungsprozesses entwickelt hat. Immer dann, wenn etwas nicht funktioniert, sagt man: „Das System lernt noch“. Das System lernt auch. Es lernt aber nichts anderes, als irgendwelche Relativgewichte zu verschieben. Grundsätzliche Korrekturen kommen immer nur durch eine normative Setzung von außen zustande. Die Entscheidung, den PEPP-Katalog für 2015 deutlich zu verändern, ist nicht empirisch begründet worden. Sie resultiert nicht aus einer Reaktion auf die Daten, die das InEK zur Verfügung gestellt hat, sondern sie wurde quasi von außen nahegelegt, von Kollegen aus der Psychiatrie, die eigene Zahlen vorgelegt und gezeigt haben, dass es auch anders geht. Also das System kann lernen, aber es lernt, wie Herr Kruckenberg gesagt hat, vor allem in Form von kleinen Op-

timierungsschritten. Ob diese kleinen Schritte in die richtige oder in die falsche Richtung gehen, das hängt davon ab, wie man das System grundsätzlich konstruiert. Und über diese Konstruktion muss gestritten werden können. Die Frage kann man nicht in einem strukturierten Dialog abarbeiten. Ich möchte hier einmal konkret darstellen, wie das funktioniert: Wenn man einen Vorschlag im Februar des Jahres einreicht und dann im September des gleichen Jahres eine Empfangsbestätigung bekommt, dann ist dies natürlich – angesichts der zeitlichen Dimensionen, über die wir hier reden – deutlich zu langsam. Ein letztes Wort zu dieser Expertenkommission. Ich bin persönlich in dieser Frage etwas gespalten, weil Expertenkommissionen die Dinge auch verlangsamen oder zerreden können. Man muss sich das gut überlegen. Aber es trifft definitiv zu, dass wir mehr fachlichen Input brauchen, als bisher eingebracht worden ist. Die letzte Gelegenheit, mit Herrn Heimig zu reden, haben wir Fachleute vor ungefähr zweieinhalb Jahren gehabt. Ich meine nicht die Kalkulationshäuser, sondern uns als Fachgesellschaften. Herr Heimig hat bisher jede Einladung der DGPPN zu einem Vortrag ausgeschlagen. Es gestaltet sich also schwierig. Ich bin der Auffassung, dass eine Expertenkommission, wenn sie klein und gut zusammengesetzt ist und wenn sie klare Aufträge hat, Positives leisten kann.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Herrn Greve. Könnten Sie einmal anhand von Beispielen veranschaulichen, welche Hemmnisse der Durchführung von Modellprojekten zur Versorgung psychisch kranker Menschen in der Praxis entgegenstehen und wie hier durch gesetzliche Maßnahmen Abhilfe zu schaffen wäre?

SV **Nils Greve** (Psychosozialer Trägerverein Solingen und Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen): Ich spreche



## Nur zur dienstlichen Verwendung

nicht nur für die Gesellschaft für psychische Gesundheit in NRW, eine Managementgesellschaft der integrierten Versorgung, sondern auch für den Dachverband Gemeindepsychiatrie und seine Bundesarbeitsgemeinschaft Integrierte Versorgung. Ich vertrete hier somit das Drittel der Psychiatrie, das in der Diskussion bisher eher randständig geblieben ist. Wir verstehen uns sozusagen als Kinder der Psychiatriereform, die sich aufgemacht haben, Strukturen vor Ort aufzubauen, um dort vor allem Schwerkranken in ihrem Lebensumfeld die erforderlichen Hilfen zukommen zu lassen. Uns treibt die Sorge um, dass die Diskussion über eine neue Finanzierung von Krankenhausleistungen zu kurz greift und – ich sage es mal etwas plakativ – zu einseitig auf die Weiterentwicklung der Vergütung bestehender Strukturen ausgerichtet ist und damit die notwendige Weiterentwicklung des Versorgungssystems aus den Augen verliert. Unserer Meinung nach sollte es aus fachlicher Sicht nicht nur darum gehen, die Transparenz in Bezug auf das derzeitige Leistungsgeschehen zu erhöhen, sondern auch um eine Weiterentwicklung des Systems. Ich habe mit Freude noch einmal die Protokolle der Beratungen im Bundestag im Februar dieses Jahres nachgelesen und dabei festgestellt, dass eigentlich alle Fraktionen diese Weiterentwicklung fordern. Ich zitiere der Einfachheit halber einmal kurz Herrn Rietschen: „Es geht doch darum, die richtige Hilfe zu bekommen. Das beginnt ganz unten, also niederschwellig, in den Kommunen. Erst dann, wenn es wirklich notwendig ist, sollte die Hilfe im stationären Bereich erfolgen – dann so kurz wie möglich.“ Ähnlich haben sich Abgeordnete aller Fraktionen geäußert. Im Übrigen bin ich sehr dankbar für die Frage nach den Modellvorhaben, weil ich den Eindruck habe, dass dieser Aspekt der Krankenhausfinanzierung zu kurz kommt. Was wir brauchen – und das kann man durch einen internationalen Vergleich sehr gut erkennen –, das ist die Ertüchtigung und Modularisierung ambulanter Behandlungsstrukturen. Das Krankenhaus ist heute häufig nur ein Lücken-

füller, weil die ambulanten Strukturen nicht haltgebend sind, insbesondere nicht außerhalb der Bürozeiten, und weil viele Angebote, wie z. B. der aufsuchende Krisendienst, Krisenbetten, Lotsenfunktion oder Bezugspersonen, schlichtweg fehlen. Alle Versuche des Gesetzgebers, dem abzuweichen, waren bisher – sagen wir mal – allenfalls begrenzt erfolgreich. Frau Dr. Tophoven hatte es schon angesprochen, wir haben einen Flickenteppich, allerdings einen leitliniengerechten, spätestens seit es die Leitlinien für psychosoziale Therapien gibt – aber, Frau Tophoven, das klären wir ein anderes Mal. Wir haben einen Flickenteppich, der nicht nur aus gesetzlichen Pflichtleistungen, sondern auch aus Modelleleistungen besteht. Denken Sie an die Soziotherapie und die ambulante psychiatrische Pflege. Beides sind gesetzliche Pflichtleistungen, aber beide sind nicht flächendeckend in Deutschland vorhanden. Wir haben mit Modellprogrammen, z. B. auch der integrierten Versorgung, im Grunde versucht, den Mangel auszugleichen, der daraus resultiert, dass die Pflichtleistungen, die der Gesetzgeber vorschreibt, von der Selbstverwaltung nicht umgesetzt werden. Ich verweise beispielhaft auf die Bezugsperson mit Lotsenfunktion, die mit dem Begriff Soziotherapie ganz gut beschrieben ist. Diese Leistung wurde in mehreren Schritten in ihrem Indikations- und auch in ihrem quantitativen Umfang beschränkt und zudem unzureichend vergütet. Sie findet daher nicht statt. Wir haben im Moment, um konkreter auf die Modellvorhaben zu sprechen zu kommen, folgende Situation: Es gibt verschiedene Zugänge zu modellhaften Erprobungen ganzheitlicher ambulanter Behandlungsstrukturen. Die Modelle sind aber alle begrenzt, da folge ich Ihnen ausdrücklich. Ich kann das nicht im Einzelnen aufzählen. Bei der integrierten Versorgung, für die ich stehe – vielleicht darf ich das kurz sagen –, werden durch die neueren Verträge exemplarisch Modelle entwickelt, die in die richtige Richtung gehen. Ich denke dabei auch an das Zusammenführen aller Akteure, die die Behandlung anbieten, und das sind nun einmal die Kran-



## Nur zur dienstlichen Verwendung

kenhäuser, der KV-Bereich und die vielen Netzwerke, die Soziotherapiepflege sowie die Ergo-Therapie, also die Bereiche, für die ich hier vor allem stehe. Wir haben vorgemacht, dass man diese Bereiche zusammenbringen und damit auch gute Ergebnisse erzielen kann. Dadurch wird dann auch die Krankenhausbehandlung – so wie ich Herrn Riebsamen zitiert habe – auf das Maß beschränkt, das tatsächlich erforderlich ist. Das Modell der integrierten Versorgung ist ein hoch selektives Modell. Und in der Praxis erweist es sich als noch selektiver, weil meines Wissens noch nirgendwo alle Krankenkassen zusammen ein IV-Projekt verwirklichen und weil es ein Einschreibmodell ist. Nun hat der Gesetzgeber zu unserer Freude – während sich die Krankenhausfinanzierungsdiskussion weitgehend um die Krankenhäuser dreht – zumindest den § 64b eingefügt. Unserer Ansicht nach bietet dieser Paragraph in der Praxis aber nur Anreize für die Krankenhausträger und – nebenbei gesagt – auch hier nur für relativ wenige. Daher plädieren wir für eine Öffnung dieses § 64b, weil er dadurch, dass er kein Einschreibverfahren vorsieht und dass er auf acht Jahre hin angelegt ist, ganz gute Startbedingungen bietet. Am einfachsten wäre es, wenn man die Öffnungsmöglichkeiten, die der § 140b bietet, übertragen würde. Das wäre die einfachste Variante. Aber es wäre auch eine andere Lösung denkbar, etwa indem man die vorhandenen Modelle stärker vernetzen würde. Die Zielrichtung würde in jedem Fall darin bestehen, für alle Akteure im Bereich der ambulanten Behandlung Anreize zu schaffen, exemplarisch im Rahmen von Modellvorhaben die Strukturen aufzubauen und zu erproben, die auch im internationalen Maßstab als die derzeit am besten geeigneten erscheinen. Mit diesem Hinweis will ich es bewenden lassen.

**Abg. Emmi Zeulner (CDU/CSU):** Meine Frage richtet sich an die Vertreterin der Bundespsychotherapeutenkammer und bezieht sich auf die vorangegangene Frage. Mich würde interessieren, was Ihrer Meinung nach getan wer-

den muss, damit die stationären und die ambulanten Angebote in der psychiatrischen Versorgung besser miteinander verzahnt werden. Welche konkreten Maßnahmen wären ferner aus Ihrer Sicht erforderlich, um die Versorgung bedarfsgerecht weiterzuentwickeln?

**SV Dr. Christina Tophoven (Bundespsychotherapeutenkammer):** Herr Greve hat bereits beschrieben, dass das möglich ist und punktuell auch schon realisiert wird. Es handelt sich aber nur um Insellösungen, und dies birgt die Gefahr, dass dann, wenn man jetzt gesetzgeberisch tätig wird und den § 64b öffnet, zahlreiche Doppelstrukturen entstehen. Die Kliniken haben psychiatrische, künftig auch psychosomatische Institutsambulanzen. Das sind potentiell Doppelstrukturen. Daher muss man genau darauf achten, dass der stationäre und der ambulante Bereich sich jeweils auf ihre Kompetenzschwerpunkte konzentrieren, also darauf, was sie jeweils am besten für die Patienten leisten können. Zugleich müssten die verschiedenen Versorgungsangebote aufeinander abgestimmt werden. Man könnte dafür die bereits gemachten Erfahrungen auswerten. Ferner müsste geprüft werden, welche Anforderungen an die Struktur- und die Prozessqualität zu stellen sind und wie die Vergütung dieser Angebote funktionieren soll. Genau dafür, denke ich, wäre die Einrichtung einer Expertenkommission, die dieses Knowhow zusammenträgt, sinnvoll. Dabei ginge es nicht um Mindeststandards – da hat Frau Klakow-Franck recht –, weil die der G-BA wahrscheinlich hervorragend definieren kann, und auch nicht um die Weiterentwicklung des PEPP, die bei der gemeinsamen Selbstverwaltung sicherlich gut aufgehoben ist, sondern um die Entwicklung des Versorgungsangebots für eine Patientengruppe, die dringend eine andere Versorgung braucht. Es geht hier um so komplexe Fragen qualitativer, vergütungsbezogener und struktureller Art, dass die Einrichtung einer Expertengruppe mehr als sinnvoll wäre. In



## Nur zur dienstlichen Verwendung

diesem Rahmen könnte man vielleicht Konzepte entwickeln, die eine flächendeckende Versorgung, insbesondere eine angemessene ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen, ermöglichen würden.

**Abg. Martina Stamm-Fibich (SPD):** Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Herr Dr. Leber, sehen Sie über das hinaus, was der im April in der Selbstverwaltung gefasste Beschluss zur komplementären Weiterentwicklung des PEPP-Vergütungssystems vorsieht, Chancen für eine grundlegende bzw. – wie wir das formuliert haben – systematische Veränderung des Systems in der Weise, wie dies viele Kritikerinnen und Kritiker fordern?

### **SV Dr. Wulf-Dietrich Leber**

(GKV-Spitzenverband): In der Tat ist das, was wir am 1. April verabredet haben, nur ein Schritt auf einem längeren Weg. Ich persönlich finde es besonders wichtig, dass wir die Verbindung zum ambulanten Bereich hinbekommen. Dies bedeutet aber auch, dass ein bisschen mehr dokumentiert werden muss. Denn es muss erkennbar sein, ob ein und derselbe Behandlungsvorgang im Krankenhaus beginnt und in der PiA weitergeführt wird. Ich möchte hier nicht den Einwand hören, das führe alles nur zu zusätzlicher Bürokratie. Das ist integrierte Versorgung, und die verlangt auch integrierte Kodierung. Ohne Kodierung in beiden Bereichen werden wir eine Integration von ambulanter und stationärer Versorgung nicht erreichen. Die Weiterentwicklung der Klassifikationssysteme wird auch dazu führen, dass wir endlich mit der Qualitätssicherung beginnen können. Zurzeit haben wir vor allem die Therapieeinheiten im Blick, aus denen wir entnehmen können, dass irgendein Patienten-Arzt-Kontakt 25 Minuten gedauert hat. Die Frage ist aber, welches Qualitätssicherungsverfahren dies auslöst. Mir kommt das so vor, als ob jemand eine Stunde lang operiert hat, aber keine Auskunft darüber gibt, ob er die

Milz oder die Gallenblase entfernt hat. Die Art der Dokumentation muss also verfeinert werden. Daher wäre es der nächste wichtige Schritt – wenn jetzt schon eine Verzögerung eintritt –, eine medizinisch gehaltvolle Klassifikation zu entwickeln, die auch Sektor übergreifend funktioniert.

**Abg. Dr. Katja Leikert (CDU/CSU):** Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Leber vom GKV-Spitzenverband. Ich möchte wissen, wie Sie als gesetzlich beauftragter Selbstverwaltungspartner die Chance einschätzen, bis zum Jahr 2015 zu einer Vereinbarung zu gelangen, und dies vor allem vor dem Hintergrund, dass die Optionsphase jetzt um zwei Jahre verlängert wird und die Umsteigehäuser einen Vergütungsanreiz für den Umstieg erhalten.

### **SV Dr. Wulf-Dietrich Leber**

(GKV-Spitzenverband): Herr Baum schaut so begeistert bei dieser Aussage, dass man eigentlich davon ausgehen muss, es könnte gelingen. Mehr Geld und keine Veränderungen, das ist genau das, was man mit der DKG vereinbaren kann.

**Abg. Dirk Heidenblut (SPD):** Meine Frage richtet sich noch einmal an Herrn Thewes. Wir haben schon Einiges über die Psych-PV sowie zu der Frage, was danach kommt, gehört. Mich würde nun interessieren, welche Bedeutung die Psych-PV konkret in Ihrer Praxis hat und welche Folgen es haben wird, wenn es keinen einheitlichen gesetzlichen Maßstab mehr gibt.

**SV Stefan Thewes (Landesverband Rheinland Wirtschaftliche Steuerung):** Die Psych-PV spielt bei uns eine große Rolle, wenigstens im LVR. Wir haben mit den Krankenkassen 100 Prozent Psych-PV vereinbart und stellen dies in aller Regel auch sicher. Wenn die Psych-PV im Jahre 2016 ausläuft, dann wirft dies aus



## Nur zur dienstlichen Verwendung

unserer Sicht das Problem auf, dass es keine Personalbemessungsgrundlage mehr gibt. Die Vertreterin des G-BA hat darauf hingewiesen, dass es dann nur noch eine Verordnung geben wird, die etwas zur Angemessenheit aussagt, aber nicht mehr verbindlich ist, auch nicht im Hinblick auf die Finanzierung. Deshalb sehen wir die Gefahr, dass sich die Dinge ähnlich wie im DRG-System entwickeln werden, wo es, insbesondere im Bereich der Pflege, zu einem starken Abbau von Arbeitsplätzen gekommen ist. Die Bundesregierung musste dann nachsteuern und das Pflegesonderprogramm auflösen, um diesen Mangel zu beheben. Diese Entwicklung wird sich unserer Ansicht nach ab dem Jahr 2017 in der Psychiatrie wiederholen. Ein weiteres Problem besteht darin, dass die Krankenhäuser mit 100 Prozent Psych-PV während der Konvergenzphase mit den Häusern verglichen werden, die keine 100 Prozent Psych-PV haben. Es wird dann zu einer Angleichung kommen, die die Häuser mit 100 Prozent Psych-PV dazu zwingen wird, sogar Personal abzubauen. Darin erkennen wir zwei große Risiken. Wir empfehlen daher dringend, auch für die Personalbemessung ab dem Jahr 2016 eine verbindliche gesetzliche Regelung zu schaffen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Wir haben also noch eine Chance, das ist doch wunderbar. Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Kruckenberg. In Ihrer Stellungnahme haben Sie ausgeführt, dass die Einführung der Psych-PV im Jahre 1991 segensreich gewirkt habe, weil sich dadurch die psychiatrischen Kliniken von Verwahranstalten – wie Sie schreiben – in therapeutische Einrichtungen verwandelt hätten. Sie schreiben aber auch, dass die Psych-PV seit 1995 von den Krankenkassen und den Krankenhäusern zunehmend unterlaufen werde. Wie hat man sich einen solchen Vorgang vorzustellen und wie könnte dieses Unterlaufen verhindert werden?

SV **Prof. Dr. Peter Kruckenberg** (Aktion Psychisch Kranke e.V.): In der Tat ist dies seit 1995 zu beobachten, als die Psych-PV ausdrücklich von der Beitragssatzstabilisierung ausgenommen wurde. Das heißt, die Psych-PV galt zwar weiter, in einzelnen Regionen haben dies die Krankenkassen aber zunächst nicht akzeptiert. Dies führte zu Absenkungen, die jedes Jahr Stück für Stück durch den sogenannte Sinkflug der Psych-PV realisiert wurden. Dann sind die Krankenhäuser dazu übergegangen, ihr Personal zum Teil quer zu subventionieren, weil sie Probleme im Bereich der Somatik hatten oder weil sie höhere Gewinne erwirtschaften wollten. Dies bedeutet, das System ist nicht kontrolliert worden. Wo man versucht hat, es zu kontrollieren, z. B. in Brandenburg, haben sich die Krankenhäuser, die quer subventioniert haben, auf ihr Recht zur Geheimhaltung zurückgezogen. Das heißt, es gibt eine gesetzliche Regelung, aber wer sie anwendet, tut dies nur, weil er Gefallen daran findet. Im Übrigen gab es meines Wissens vor kurzem eine Anfrage der Opposition an das BMG. Das BMG hat geantwortet: „Da wollten wir keine zusätzliche Bürokratie einführen.“ Ich folgere daraus, dass man dann, wenn man eine rechtliche Norm, wie etwa eine Verordnung, schafft, die von interessierter Seite missbraucht werden kann, auch ein vernünftiges Kontrollsystem einführen sollte. Es ist einfach, dies per Gesetz vorzuschreiben. Wenn Sie noch eine Frage dazu haben, können wir die Antwort gern nachliefern. Kontrolle ist grundsätzlich notwendig im Interesse von Patienten, die sich nicht wehren können, und von Mitarbeitern, die oft unter enormem Druck stehen. Es gibt heute wieder Akutstationen mit antitherapeutischen und zum Teil traumatischen Fällen. Genau in dieser Situation wird nun ein Gesetz auf den Weg gebracht, dessen Umsetzung und Qualitätssicherung nicht kontrolliert wird. Dies bleibt daher eine wichtige Aufgabe für die Zukunft.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an den



## Nur zur dienstlichen Verwendung

GKV-Spitzenverband zur Umsetzung der UN-Menschenrechtskonvention und zu den Vorgaben für die Zwangsbehandlung und andere Zwangsmaßnahmen. Diese Vorgaben werden den Personalbedarf mit Sicherheit erhöhen. Sehen Sie diesen erhöhten Personalbedarf im Rahmen des laufenden Verfahrens bereits hinreichend abgebildet bzw. sind Sie bereit, in dem laufenden Prozess noch Änderungen vorzunehmen? Die Debatte über diese Fragen steht unmittelbar bevor.

**SV Dr. Wulf-Dietrich Leber**

(GKV-Spitzenverband): Die Umsetzung der UN-Menschenrechtskonvention liegt in der Hand der Krankenhausträger. Sobald dort mehr Personal benötigt wird, macht sich dies über ein spezifisches Sensorium in unserem Kalkulationsverfahren bemerkbar.

Wir haben somit die Möglichkeit, auf die Veränderung zu reagieren. In dem Maße, wie die Krankenhäuser zusätzliches Personal benötigen, wird dies auch von uns finanziert.

**Vorsitzender:** Ich möchte mich zum Abschluss bei den Sachverständigen wie auch bei all denen, die hier heute zugehört haben, herzlich bedanken. Hiermit schließe ich die Sitzung.

Dr. Edgar Franke, MdB

**Vorsitzender**

Schluss der Sitzung: 15:30 Uhr