

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0197(26)
gel. VB zur öAnhörung am 26.09.
2016_PsychVVG
22.09.2016



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen

(PsychVVG)

BT-Drucksache 18/9528

zur Öffentlichen Anhörung am 26.09.2016

Berlin, 22.09.2016

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

Vorbemerkung

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) soll die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen verbessert werden. Das ist anerkennenswert, jedoch sind Korrekturen im Gesetzentwurf notwendig, damit das Vorhaben dem Ziel gerecht werden kann.

Eine gute Versorgung psychisch kranker Menschen kann es nur mit einer bedarfsgerechten Personalausstattung geben. Deshalb ist es richtig, wenn eine **verbindliche Personalbemessung** weiter vorgegeben wird und diese zukünftig möglichst evidenzbasiert und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen sollen.

Für gute Arbeitsbedingungen ist mehr Personal und ausreichend Zeit für professionelle Pflege erforderlich. Verbindliche, umfassende und bedarfsgerechte Vorgaben für die Personalausstattung sind für alle Beschäftigten in den Krankenhäusern notwendig und gesetzlich vorzuschreiben.

Damit Personalvorgaben nicht ins Leere laufen, müssen diese inklusive der Tarifsteigerungen **vollständig refinanziert** werden. Deren **Einhaltung muss nachgewiesen** werden. Dazu bedarf es weiterer grundsätzlicher Nachbesserungen im Gesetzentwurf.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, das Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik nicht als Preissystem weiterzuentwickeln. Anstelle dessen ist ein **krankenhausindividuelles Budgetsystem** vorgesehen, bei dem die regionalen und strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung berücksichtigt werden sollen. Jedoch wird weiterhin an der empirischen PEPP-Kalkulation festgehalten, die diagnoseorientiert ist und damit den individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten nicht abbilden kann, weil lediglich Teilleistungen gemessen werden. Bereits im Gesetzgebungsverfahren zum KHRG und dem PsychEntG 2012 hat ver.di auf mögliche Risiken eines durchgängig leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser hingewiesen, die es zu vermeiden gilt. Eine hochwertige personenzentrierte, gemeindenaher und vernetzte regionale Versorgung muss absolut Priorität haben. Anders als im somatischen Bereich erleben psychisch Erkrankte sehr individuelle Krankheitsverläufe, die von unterschiedlichen Einflussfaktoren (Familie, Arbeitssituation, Wohnort, Behandlungsmöglichkeiten u.a.m.) abhängig sind. Die Vorgaben zur Budgetfindung sollten daher dringend präzisiert werden, indem den regionalen und strukturellen Besonderheiten ein stärkeres Gewicht in den Budgetverhandlungen zugeschrieben werden. Eine auf einzelnen Teilleistungen beruhende Kalkulation kann die strukturellen

Besonderheiten, z. B. Vorhaltekosten für die regionale Pflichtversorgung, nicht abbilden. Das neue Budgetsystem sollte jedoch gerechtfertigte Kostenunterschiede in der Erbringung von Leistungen und den individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten ermitteln.

Mit der Einführung einer **psychiatrischen Akutbehandlung im häuslichen Umfeld** der Patientinnen und Patienten als Krankenhausleistung soll die sektorenübergreifende Versorgung gestärkt werden. ver.di begrüßt grundsätzlich Maßnahmen, die integrierte Versorgungskonzepte fördern. Ob dies mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur stationsäquivalenten Behandlung allein erreicht werden kann, wird kritisch beurteilt.

Den G-BA mit der Entwicklung der Personalvorgaben zu beauftragen, halten wir aufgrund früherer Erfahrungen nicht für den geeigneten Weg. Die Entwicklung solcher Vorgaben durch die Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ist in der Vergangenheit zweimal gescheitert (PPR, Psych-PV). Der Erfolg stellte sich erst ein, nachdem das Bundesministerium für Gesundheit tätig wurde.

Mit dem Gesetzentwurf sollen wichtige Leitplanken für die Zukunft der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung gesetzt werden. Die Bedingung für eine hohe Versorgungsqualität ist ausreichend qualifiziertes Personal. Hieran misst ver.di die Vorschläge zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 5

Bei der Kalkulation des Entgeltsystems auf empirischer Datengrundlage ist neben der Einhaltung der PsychPV-Vorgaben durch die Kalkulationshäuser zu gewährleisten, dass diese tarifgebunden sind. Nur so kann sichergestellt werden, dass tarifgebundene Krankenhäuser vollständig refinanziert und nicht besonders unter Druck gesetzt werden. Tariftreue Arbeitgeber und ihre Beschäftigten dürfen nicht die Verlierer sein.

Im § 17 d) ist deshalb die **Tarifgebundenheit als Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation** aufzunehmen. Krankenhäuser, die die Vorgaben nicht erfüllen, sind von der Teilnahme an der Kalkulation auszuschließen. Eine bedarfsgerechte Personalausstattung darf nicht gegen angemessene Vergütung der Beschäftigten ausgespielt werden.

ver.di kritisiert, dass grundsätzlich an der empirischen Kalkulation auf der Grundlage des PEPP-Kataloges festgehalten werden soll. Damit können Leistungen nicht individuell definiert werden. Die im Gesetzentwurf enthaltenen **Modifikationen des Entgeltkataloges** sind erforderlich und werden von ver.di begrüßt. Besonders notwendig ist die **Begrenzung des Dokumentationsaufwands** auf das notwendige Maß. Zwar muss die Transparenz im System als Voraussetzung zur Qualitätssicherung hergestellt werden, doch der Aufwand muss mit dem Nutzen in einem guten Verhältnis stehen und zwingend bei der Personalbemessung Berücksichtigung finden. In der Pflege werden bisher ca. 30 Prozent der Arbeitszeit mit administrativen Tätigkeiten verbracht. Der Anteil ist zu reduzieren, um mehr Zeit für die direkte Patientenversorgung zu gewinnen.

Die Verlängerung der Optionsphase um ein Jahr und dementsprechende Verschiebung der budgetneutralen Phase bis 2019 werden von ver.di positiv bewertet. Auf der Grundlage des modifizierten Systems haben die Krankenhäuser mehr Zeit, um weitere Erfahrungen zu sammeln. Die entscheidenden Veränderungen treten somit gleichzeitig zum 01.01.2020 in Kraft.

Artikel 2

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 4

§ 3 Abs. 3 BpflV regelt die Einzelheiten zur **Vereinbarung des Krankenhausbudgets**. Regionale und strukturelle Besonderheiten werden bei der Budgetermittlung – unabhängig von pauschalierenden Entgelten – anerkannt, was grundsätzlich positiv zu bewerten ist. Wenn in der PsychPV vorgegebene Stellen nicht besetzt werden, ist eine Rückzahlung der Mittel, die für Personalstellen vorgesehen sind, folgerichtig. Dabei ist jedoch sicherzustellen, dass nicht dauerhaft Budgets abgesenkt werden. Eine Budgetabsenkung würde die Nichteinhaltung von Personalvorgaben in den Folgejahren befördern. Diese Abwärtsspirale

ist auszuschließen. Sie würde dem Ziel einer hohen Versorgungsqualität durch Personalvorgaben zuwider laufen.

Die Regelung in § 3 Abs. 4 zur Berücksichtigung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen erlaubt per se nicht eine **vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen**. Berechnungen der Plattform Entgelt zeigen die erhebliche Finanzierungslücke, die durch die Umsetzung der Refinanzierung wie bisher vorgesehen schon nach einem Jahr entstehen würde. Diese würde sich in den folgenden Jahren potenzieren. Um Personalvorgaben dauerhaft abzusichern, muss die Personalausstattung vollständig refinanziert werden. Dazu gehört der Anspruch auf vollständige Refinanzierung der Tarifierhöhungen. Personalvorgaben laufen bei systematischer Unterfinanzierung ins Leere. Die Erhöhungsrates im § 9 Abs. 1 Ziffer 7 KHEntG ist dementsprechend anzupassen. Orientierung kann dabei die Regelung im § 84 Abs. 2 SGB XI geben, wonach die Bezahlung tarifvertraglicher Vergütungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf.

Wir schlagen eine Refinanzierung von Tarifierhöhungen nicht pauschal mit der Gießkanne an alle Krankenhäuser vor, sondern gezielt an jene, die tatsächlich Tarifsteigerungen zahlen. Das gerecht und entspricht dem gebotenen sparsamen Umgang mit Versichertengeldern. Eine solche Regelung fehlt im Gesetzentwurf.

Grundsätzlich wird von ver.di begrüßt, dass die Regelung in § 3 Abs. 3 vorgibt, bei der Budgetvereinbarung die krankenhausesindividuellen Kosten einschließlich regionaler und struktureller Besonderheiten ebenso zu berücksichtigen sind wie die Kosten der Umsetzung der verbindlichen Vorgaben zur Personalausstattung. Dabei muss ein Rechtsanspruch auf Refinanzierung der Personalvorgaben gewährleistet werden.

Nr. 5

Mit den Änderungen im § 4 BPfIV wird die Orientierungsfunktion des **leistungsbezogenen Vergleichs** stärker betont, diese Verbesserung gegenüber dem Referentenentwurf wird von ver.di positiv bewertet. Grundsätzlich wird der Krankenhausvergleich als Transparenzsystem mit dem Ziel der Qualitätssicherung durch ver.di begrüßt. Der Krankenhausvergleich darf jedoch nicht dem Preiswettbewerb zwischen den Kliniken dienen. Ein solcher würde dem Ziel einer guten psychiatrischen Versorgung entgegenstehen. Keinesfalls darf der leistungsbezogene Vergleich dazu führen, den niedrigsten Behandlungspreis als Maßstab für die Bemessung des

Budgets zu nehmen. Vielmehr muss der Krankenhausvergleich die am Bedarf orientierten, unterschiedlich ausgeprägten strukturellen Leistungsbereiche transparent machen. ver.di begrüßt, dass der Krankenhausvergleich am Ende der budgetneutralen Phase Hilfestellung und Orientierung für die Verhandlungspartner vor Ort geben kann. Durchschnittsbetrachtungen bei den Verhandlungen vor Ort sind jedoch nicht sinnvoll, wenn die Leistungsbereiche der Krankenhäuser sich strukturell unterschiedlich am Bedarf der Versorgungsregion ausgestalten.

Als geeignete Kriterien für gute Versorgungsqualität sind im Krankenhausvergleich der Personalbestand, das Lohnkostenniveau sowie die Personalfluktuationsquote zu erfassen und vergleichbar zu machen. Die Transparenzdaten müssen öffentlich zugänglich sein. ver.di plädiert deshalb dafür, die Regelung um die Qualitätskriterien zu ergänzen und den Krankenhausvergleich zu einem qualitativen Orientierungsmaßstab weiterzuentwickeln.

Nr. 14

§ 18 Abs. 2 BPfIV sieht die **Nachweisverpflichtung** über die Einhaltung der Vorgaben der Psych-PV bis 2019 bzw. die Vorgaben nach § 136 a (2) SGB V ab 2020 vor. ver.di kritisiert scharf die deutliche Einschränkung der Nachweispflicht gegenüber dem Referentenentwurf. Die Vorgaben der Psych-PV werden heute vielfach unterschritten. Die Gründe sind in der Regel, dass für Personal vorgesehene Finanzmittel in Investitionen fließen oder damit Renditeerwartungen privater Gesundheitskonzerne bedient werden. Das wäre auch mit dem neuen Gesetz weiter geduldet und gefördert, da der Nachweis gegenüber den Krankenkassen nur lückenhaft notwendig ist und die Psych-PV weiterhin fast flächendeckend unterschritten wird. Der Referentenentwurf sah vor, dass das Krankenhaus ab 2016 gegenüber dem InEK und den Leistungsträgern (Vertragsparteien nach § 11 BPfIV) nachzuweisen hat, inwieweit die Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden. Diese Nachweispflicht ist im Gesetzentwurf deutlich abgeschwächt worden. Die Einhaltung der Psych-PV muss danach, solange sie bis 2019 Grundlage ist, nicht mehr gegenüber den Leistungsträgern, sondern nur noch gegenüber dem InEK nachgewiesen werden. Die Krankenkassen erhalten die Informationen vom InEK nicht. Da die nachgewiesenen Zahlen auch nicht öffentlich sind, führt die vorgesehene Änderung de facto zur Wirkungslosigkeit der Nachweispflicht.

Die Personalausstattung ist aufgrund der fehlenden Nachweispflicht in keiner Weise gesichert, die Psych-PV wird weiterhin nicht vollständig umgesetzt werden. Besonders schwer wiegt, dass die Unterschreitung der Psych-PV in dem Zeitraum weiter geduldet wird, in dem die neuen

Personalrichtwerte entwickelt werden. Damit ist zu befürchten, dass der Druck zunimmt, bei den neuen Vorgaben für die Personalbemessung ab 2020 das Niveau der Psych-PV zu unterlaufen. Im Ergebnis könnten Vorgaben drohen, die die Personalausstattung auf unzureichendem Niveau dauerhaft festlegen.

Damit die **umfassende Nachweispflicht für die Jahre 2016 bis 2019** sichergestellt ist, spricht ver.di sich für eine Änderung der Formulierung des § 18 (2) Satz 2 BPfIV aus:

„Für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 hat das Krankenhaus gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden.“

Damit die zweckentsprechende Mittelverwendung sichergestellt werden kann, sind die Nachweispflichten in der Weise weiterzuentwickeln, dass – neben der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers - die betrieblichen Interessenvertretungen wirksam zu beteiligen ist.

Positiv wirkt sich der Nachweis der tatsächlichen Personalbesetzung auf der Grundlage der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung in Vollkräften aus.

Artikel 4

Änderung der Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 4 und 5

§ 115d SGB V regelt die Einführung der **stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung** im häuslichen Umfeld. Die Stärkung der sektorenübergreifenden psychiatrischen Versorgung mit dieser Maßnahme wird von ver.di ausdrücklich begrüßt. Diese darf jedoch nicht zwingend – wie in § 109 Abs. 1 vorgesehen - an die Verringerung der stationären Bettenzahl gekoppelt werden, insbesondere nicht in unterversorgten Gebieten. Bettenreduzierungen dürfen nur im Einvernehmen mit dem Land vereinbart werden. Es ist davon auszugehen, dass der Personalaufwand für diese Versorgungsform deutlich höher ist als bei stationärer Versorgung. Ob die stationsäquivalente Behandlungsform in der Breite angenommen und in die Regelversorgung überführt wird, hängt entscheidend davon ab, ob die

Versorgungsform kostendeckend finanziert ist. Für die stationäre Behandlung ersetzenden Maßnahmen müssen deshalb ebenso verbindliche Personalvorgaben entwickelt werden. Es bedarf klarer Personalstandards für dieses Setting. Die psychiatrische Versorgung im häuslichen Umfeld darf kein Sparmodell sein. Neben der verbindlichen, bedarfsorientierten Personalausstattung müssen Bereitstellungskosten sowie Fahrtkosten und –zeiten finanziert werden. Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung muss in die neu zu erarbeitenden Vorgaben für die Personalausstattung einbezogen werden, was bereits in den Gesetzentwurf als Rahmen vorgegeben werden muss.

Nr. 8

§ 136 a Abs. 2 SGB V sieht die **Festlegung geeigneter qualitätssichernder Maßnahmen** durch den G-BA vor. ver.di begrüßt die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Einführung **verbindlicher Vorgaben zur Personalmindestbesetzung** ab 2020, die möglichst evidenzbasiert sein und eine leitliniengerechte Behandlung ermöglichen sollen. Indem die Geltung der Psych-PV bis zum 31.12.2019 verlängert werden soll, wird eine durchgehende verbindliche Personalbemessung gesichert.

Bei den allgemeinen Krankenhäusern zeigt sich, dass die Berechnung nach einem Personalbemessungssystem dauerhaft erforderlich ist. So wird bei den DRGs im Hintergrund immer noch mit der Pflegepersonalregelung (PPR) gerechnet, obwohl diese bereits 1993 ausgesetzt und 1996 endgültig beendet wurde. Mit der Herabstufung zum reinen Kalkulationsinstrument konnte sie jedoch nicht verhindern, dass es in den Folgejahren und insbesondere mit der Einführung der DRG-Entgelte zu einem erheblichen Personalabbau vor allem im Bereich der Pflegeberufe kam. Die dadurch weithin sichtbaren Qualitätsprobleme in der Patientenversorgung und die Sicherheitsmängel bei den Abläufen, die Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen, die fehlende Vereinbarung von Familie und Beruf sowie die Einschnitte bei den Vergütungen hatten schließlich mehrfach Reparaturen am System erforderlich gemacht (z. B. die Pflegestellen-Förderprogramme und die Abbildung hochaufwändiger Pflege im Fallpauschalenkatalog). Und es gibt bisher kein Instrument, das garantiert, dass die in den Berechnungsgrundlagen der Fallpauschalen zugrunde gelegten Stellenanteile tatsächlich zur Verfügung gestellt werden.

In der psychiatrischen Versorgung hat die Beziehungsaufnahme der Patientinnen und Patienten mit qualifiziertem Personal entscheidende Bedeutung für die Behandlungsqualität. Voraussetzung ist die Schaffung eines entsprechenden Milieus. Die Psych-PV gibt den

Qualitätsrahmen vor. Diese Vorgaben wurden in den vergangenen Jahren in den Pflegesatzverhandlungen sukzessive unterschritten.

Den G-BA mit der Entwicklung der Personalvorgaben zu beauftragen, ist nicht der geeignete Weg. Auch bisher schon hatte der G-BA den Auftrag, entsprechende Empfehlungen zu erarbeiten, was bis jetzt nicht erfolgte. Der Gesetzgeber ist hier gefordert, normative Vorgaben zu machen. Bei der Entwicklung von Vorgaben zur Personalausstattung sollte dem sowohl bei der PsychPV als auch bei der PPR beschrittenen Weg gefolgt und eine unabhängige Expertenkommission beim Bundesgesundheitsministerium, in die auch Praktikerinnen und Praktiker einzubeziehen sind, mit der Entwicklung und Prozessbegleitung beauftragt werden.

Die verbindlichen Mindestvorgaben zur Personalausstattung müssen zwingend alle Personalbedarfe erfassen, d. h. alle Krankheitsbilder und Arbeitsaufgaben einschließlich mittelbar patientenbezogener Tätigkeiten (sog. „Grundrauschen“). Dies gilt insbesondere dort, wo noch keine Leitlinien vorliegen und deshalb Personalbemessungsstandards aus anderen Quellen bzw. Expertise hergeleitet werden müssen. Personalvorgaben nur für Teilbereiche des Behandlungsspektrums vorzugeben, würde zu Lasten der personellen Ressourcen anderer psychiatrischer bzw. psychosomatischer Versorgungsbereiche gehen, „Verschiebebahnhöfe“ wären die Folge. Keinesfalls dürfen die Personalmindestvorgaben die derzeit geltende Psych-PV unterschreiten. Sie muss weiterentwickelt und verbessert werden. Dabei sind die Berufsgruppen, Aufgaben, Funktionen und Bereiche, für die Vorgaben bisher nicht galten (z. B. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychosomatik) einzubeziehen.

ver.di begrüßt die Einbeziehung externer Expertise bei der Erarbeitung der Personalmindestvorgaben. Dabei ist sicherzustellen, dass die Erfahrungen und Interessen der größten Berufsgruppe, der Pflege, sowie der anderen Beschäftigten in den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen angemessen berücksichtigt werden. ver.di vertritt die Interessen der unmittelbar betroffenen Beschäftigten und verfügt über entsprechende Expertisen. Deshalb wird erwartet, dass ver.di als Expertin in die Entwicklung der Personalvorgaben einbezogen wird.

Um auszuschließen, dass bei nicht fristgerechter Vorlage der Personalvorgaben durch den G-BA die verbindliche Personalausstattung in der psychiatrischen Versorgung ohne Ersatz entfällt, ist im Gesetzentwurf zwingend die Option der Rechtsvornahme des Bundes im Wege der Ersatzvornahme zur Weitergeltung der Psych-PV vorzusehen.

Nr. 13

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2017 Mittel aus der Liquiditätsreserve in Höhe von 1,5 Milliarden Euro zugeführt werden sollen. Begründet wird die einmalige Finanzspritze damit, dass 1 Milliarde Euro für die Mehrbelastungen der Krankenkassen durch die Asylberechtigten notwendig sind. Mit weiteren 500 Millionen Euro wird der Aufbau der Telematikinfrastuktur unterstützt.

ver.di kritisiert diese Zuweisung, finanziert aus den Beiträgen der Versicherten, sie ist nicht sachgerecht. Tatsächlich ist die Mehrbelastung der Krankenkassen durch die Asylberechtigten nicht belegt. Erst Mitte 2017 geht ein großer Teil der Asylbewerber und Asylbewerberinnen aus dem Asylbewerberleistungsgesetz in den Leistungsbereich der GKV über. Wirklich erforderlich ist aber eine deutliche Anhebung der Pauschale von derzeit 90 Euro, die für die Gesundheitsversorgung aller Arbeitslosengeld II-Empfänger notwendig sind. Die Erhöhung der Pauschale muss aus Bundesmitteln erfolgen. Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes zufolge ist eine Erhöhung der Pauschale auf 136 Euro notwendig, um die realen Kosten der Krankenkassen für den Kreis der Arbeitslosengeld II-Empfänger durch den Bund erstattet bekommen.

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