



Christliche Krankenhäuser  
in Deutschland

Zukunftsweisend menschlich.

## Stellungnahme

des **Katholischen Krankenhausverbands Deutschlands e. V. (KKVD)**

und

des **Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e. V. (DEKV)**

zum

- 1) **Entwurf eines Gesetzes der Bundesregierung**  
Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz - PsychEntgG) – BT-Drs. 17/8986
- 2) **Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**  
Einführung eines pauschalierten psychiatrischen Entgeltsystems zur qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung nutzen - BT-Drs. 17/9169
- 3) **Antrag der Fraktion DIE LINKEN**  
Ergebnisoffene Prüfung der Fallpauschalen in Krankenhäusern - BT-Drs. 17/5119

anlässlich der

**Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 23.4.12**

Berlin und Freiburg i. Br., 16. April 2012

Für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Regierungsentwurf sowie den Anträgen und für die Einladung zur Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 23. April 2012 danken wir. Zu dem Gesetzentwurf und den Anträgen nehmen wir wie nachfolgend Stellung.

## **Entwurf eines Gesetzes der Bundesregierung zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen**

### **A Zum Gesetzentwurf insgesamt**

Grundsätzlich begrüßen wir, dass der Gesetzgeber frühzeitig die Weichen für die Umstellung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen stellt, um den Besonderheiten der Psychiatrie und Psychosomatik Rechnung zu tragen.

#### **1. Einführungszeitpunkt und -zeitraum**

Dem entspricht auch die vorgesehene neunjährige Einführungsphase des neuen Entgeltsystems bis 2022. Bis 2016 ist eine budgetneutrale Umsetzung vorgesehen. Angesichts der nach wie vor bestehenden Unklarheit, wie das Entgeltsystem konkret ausgestaltet sein wird, ist jedoch fraglich, ob dieser Zeitraum ausreicht bzw. wann er beginnen sollte. Wenn an der Einführung des neuen Vergütungssystems ab dem Jahr 2013 festgehalten werden soll und eine Verschiebung um ein Jahr, für die sich viele Verbände und Experten bereits anlässlich der Vorlage des Referentenentwurfs mit guten Gründen ausgesprochen haben, nicht vorgesehen ist, sollten die Optionsphase und in der Folge der Zeitraum der Einführung insgesamt um ein Jahr verlängert werden.

#### **2. Berücksichtigung steigenden Versorgungsbedarfs in der Einführungsphase**

Hinsichtlich der Budgetneutralität wäre allerdings sicherzustellen, dass der voraussichtlich steigende Behandlungsbedarf angemessen berücksichtigt wird und dafür die nötigen zusätzlichen Mittel bereitgestellt werden.

#### **3. Berücksichtigung unterschiedlicher Versorgungskonzepte**

Hinsichtlich der Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems halten wir eine klärende Vorgabe des Gesetzgebers für erforderlich, dass unterschiedliche therapeutische Behandlungskonzepte der Kliniken angemessen berücksichtigt werden. Gerade Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft setzen anerkannte, nachweislich wirksame ganzheitliche Behandlungskonzepte um, in denen spirituelle Elemente

#### **CHRISTLICHE KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND**

Jedes dritte deutsche Krankenhaus wird in konfessioneller Trägerschaft geführt. Etwa 270.000 Beschäftigte versorgen im Jahr über sechs Millionen Patienten. Mit rund 32.000 Ausbildungsplätzen leisten die christlichen Krankenhäuser einen überdurchschnittlichen Beitrag zur Ausbildung in den Pflegeberufen.

#### **FACHVERBÄNDE DER DIAKONIE UND CARITAS**

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD) vertreten rund 640 Krankenhäuser und Kliniken. Der DEKV ist selbständiger Fachverband des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland. Der KKVD ist anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband, der Wohlfahrtsorganisation der katholischen Kirche. Beide kirchlichen Krankenhausverbände verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und kirchliche Zwecke.

und die Zusammenarbeit mit kirchengemeindenahen Diensten eine wesentliche Rolle spielen. In den bisherigen Kostenmodulen können entsprechende Sachverhalte bisher wegen zu enger Vorgaben nicht berücksichtigt werden, so dass entsprechende Kliniken ihre Kosten weder sachgerecht in die Kalkulation einfließen lassen, noch mit einer leistungsgerechten Vergütung rechnen können.

#### **4. Pauschalierung entsprechend Behandlungsanlass, -intensität und -verlauf**

Aus vielfältigen Gründen lässt sich das für den somatischen Bereich entwickelte DRG-System in den Strukturen und Abrechnungsgrundlagen nur partiell auf die Psychiatrie und Psychosomatik übertragen. Dies liegt zum einen in unterschiedlichen Behandlungsansätzen und einem besonderen Leistungsgeschehen. Die im somatischen Bereich zugrunde liegende Konstruktion, über Diagnosen und Therapieprozeduren kostenhomogene Gruppierungen vorzunehmen, ist auf die Psychiatrie und Psychosomatik nicht übertragbar. Die Tagespauschalierung, wie sie im Gesetzentwurf vorgesehen ist, halten wir deshalb für den sachgerechten Weg.

Im somatischen Bereich hat die Einführung des DRG-Systems insgesamt gesehen zu einer Verweildauerverkürzung geführt, die aufgrund des medizinischen Fortschritts und optimierter Prozesse nachvollziehbar ist. In der Psychiatrie und Psychosomatik dagegen hängt der Behandlungserfolg entscheidend von einer ausreichenden Behandlungszeit und einem zielorientierten Behandlungsverlauf, nicht zuletzt aber von der vom einzelnen Patienten und dem Behandlungsverlauf abhängigen Behandlungsintensität ab. Ein Behandlungserfolg stellt sich dabei erfahrungsgemäß auch bei gleicher Diagnose und gewählter Therapie bei unterschiedlichen Patienten nach unterschiedlich langer Behandlungsdauer ein, ist also wesentlich personenabhängig. Daher sehen wir die Notwendigkeit, die Tagespauschalen nicht an eine von vornherein festgelegte, medizinisch nicht validierte Verweildauer zu koppeln. Dieses für ein Fallpauschalensystem angemessene Element ist im Kontext der Psychiatrie und Psychosomatik sachfremd und unangemessen.

#### **5. Auskömmliche Finanzierung des steigenden Behandlungsbedarfs**

Darüber hinaus muss beachtet werden, dass der seit Jahren und nach Einschätzung der Experten weiterhin steigende Versorgungsbedarf in der Bevölkerung und die damit verbundenen, notwendigen Leistungsausweitungen in der Psychiatrie und Psychosomatik ungeschmälert Berücksichtigung finden und nicht vergleichbaren Vergütungsabsenkungen wie in der Somatik unterworfen werden dürfen. Eine Kostendegression bei steigenden psychiatrischen oder psychosomatischen Fallzahlen ist, durch die Natur der Sache bedingt, anders als im somatischen Bereich, kaum gegeben.

#### **6. Vollständige Umsetzung der PsychPV**

Es ist nicht akzeptabel, die Berücksichtigung der gemäß PsychPV vorzuhaltenden Stellen und deren Finanzierung an eine Option zur Anwendung des neuen Entgeltsystems bis spätestens 2014 bzw. bei Verlängerung bis 2015 zu binden. Eine zentrale Forderung ist deshalb, dass den Krankenhäusern bis

zum Ende der budgetneutralen Phase, d. h. bis einschließlich 2016 bzw. bei Verlängerung 2017, die vollständige Umsetzung der PsychPV ermöglicht wird. Anderenfalls würde ein aktuell defizitärer Zustand zur normativen Basis der zukünftigen Krankenhausausstattung gemacht. Die jetzt vorgeschlagene Regelung würde vermutlich dazu führen, dass die nicht optierenden Krankenhäuser ohne die rechtliche Verpflichtung der PsychPV bzw. deren Durchsetzungsmöglichkeit in der budgetneutralen Phase Personal abbauen müssen. Daraus würde sich nicht nur für diese Häuser ein geringeres individuelles Krankenhausbudget ergeben, auch der Landesbasisentgeltwert 2016 bzw. bei Verlängerung 2017 würde entsprechend niedrig ausfallen und sich damit auch absenkend auf die Budgets der Optionskrankenhäuser auswirken.

## **B Zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs**

### **I. Regelungen zum Ausgleich von Minder- und Mehrleistungserlösen für die Jahre 2013 bis 2016**

Schon die derzeit im somatischen Bereich gültigen Minder- und Mehrleistungsausgleiche sind nach unserer Erfahrung und dem Urteil der Experten aus betriebswirtschaftlicher Sicht nicht nachvollziehbar. Da die variablen Kosten pro Patient im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich weitaus höher sind als die auf Basis des Gesetzentwurfs verbleibenden 10 bzw. 15 Prozent, würde das dazu führen, dass die Krankenhäuser mit jedem Berechnungstag, der über das vereinbarte Budget hinaus entsteht, Verluste schreiben. Die Möglichkeit zum Gegensteuern besteht kaum, da komplementäre Dienste oft fehlen und eine Aufnahmeverpflichtung besteht.

Die im Gesetzentwurf genannten Mindererlösausgleiche von 75 Prozent für Optionshäuser sind ohne nachvollziehbare Begründung geringer als die seinerzeit mit 90 Prozent angesetzten Ausgleiche für Optionshäuser im DRG-Bereich. Um die gerade in der Optionsphase noch erhöhten Risiken abzufedern und einen echten Anreiz sicherzustellen, sollte der Mindererlösausgleich für die Optionshäuser wie seinerzeit in der Somatik bei 90 Prozent liegen.

Die Regelungen zu den Mehrerlösausgleichen von 85 bzw. 90 Prozent scheinen rein politische Vorgaben zu sein und entsprechen nach unserer Auffassung keineswegs dem Gedanken einer leistungsorientierten Vergütung. Der größte Teil der Leistungen, die in der Psychiatrie erbracht werden, ist die Pflege- und Therapiezeit direkt am Patienten. Mehrleistungen stehen somit in direktem Zusammenhang mit mehr Zeitaufwand für die Patienten. Dieses "Mehr" an Zeit soll weiterhin nur mit 10 bis 15 Prozent vergütet werden, was den real entstehenden Aufwendungen bei weitem nicht gerecht wird, da das zusätzlich eingesetzte Personal natürlich eine 100%ige Vergütung erhält. Unter Berücksichtigung der anders gelagerten Verhältnisse in der Psychiatrie und Psychosomatik kann hier nur ein deutlich niedrigerer Ausgleichssatz als die 65 Prozent der Somatik, sachgerecht sein. Mindestens 65 % sollten den Krankenhäusern verbleiben.

Davon abgesehen sollte von vorneherein - wie von der DKG für den somatischen Bereich vorgeschlagen - ein ausgleichsfreier Korridor für Mehrleistungen vorgesehen werden. Auf diese Weise würde auch dem steigenden Behandlungsbedarf Rechnung getragen.

## **2. Berücksichtigung der Kosten der Umsetzung der PsychPV und der tarifbedingten Personalkostensteigerungen**

In der Psychiatrie ist der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten des Krankenhauses mit bis zu 80 Prozent wesentlich höher als in den somatischen Krankenhäusern. Deshalb hat die Berücksichtigung der Tarifveränderungen einen noch weitaus größeren Einfluss auf die Refinanzierung der Kosten. Die derzeit festgelegte Grundlohnsummensteigerung von 1,98 Prozent abzüglich 0,5 Prozent führt z. B. dazu, dass die für manche Häuser erst vor der Schiedsstelle mühsam erkämpfte Umsetzung des § 6 Abs. 4 BPfIV bereits wieder ausgehöhlt wird und für das Jahr 2012 ein Personalabbau vorgenommen werden muss, um zumindest ein ausgeglichenes Ergebnis erreichen zu können. Eine Verhinderung des Personalabbaus ist trotz Mehrerlösen nicht möglich, zumal wenn es bei dem derzeit vorgesehenen, vorstehend kritisierten Mehrerlösausgleich von 85 bzw. 90 Prozent bleiben sollte. Schon aus diesem Grund ist es absolut notwendig, mindestens die Finanzierung der auf Basis der PsychPV vereinbarten Personalstellen bis zur vollständigen Umsetzung des neuen Entgeltsystems gesetzlich zu gewährleisten, um die negative Personalentwicklung der Vergangenheit nicht wieder entstehen zu lassen.

Der Verweis auf die Nachverhandlungsmöglichkeit als evtl. Optionshaus nach § 6 Abs. 4 BPfIV reicht nicht aus, da sich die Krankenkassen in den Nachverhandlungen wie in der Vergangenheit auf die bereits im Budget vereinbarten Personalstellen zurückziehen werden. Es ist zu erwarten, dass die Krankenkassen die Finanzierung der Differenz zwischen Grundlohnsummensteigerung und realer Tarifsteigerung ablehnen werden. Um dies zu verhindern, muss die Verpflichtung zur Finanzierung der vereinbarten Stellen und der tarifbedingten Personalkostensteigerungen eindeutig geregelt werden. Eine Vereinbarung nur über die Anzahl von Vollkräften würde wie in der Vergangenheit ins Leere laufen.

Im Blick auf die ab diesem Jahr wirksam werdenden tarifbedingten Personalkostensteigerungen halten wir die Berücksichtigung einer Tarifierhöhungsrates mit unmittelbarer Wirkung für die Vergütungen in 2012 für unbedingt erforderlich.

## **3. Einführungskosten**

Die Einführung des neuen Entgeltsystems wird mit hohen finanziellen Aufwendungen in den Krankenhäusern verbunden sein. Die im Gesetzentwurf veranschlagten Aufwendungen pro Einrichtung liegen mit ca. 10.000 bis 30.000 Euro p.a. weit unter den Erfahrungswerten aus dem somatischen Bereich, die bei rund 350.000 Euro pro Krankenhaus liegen. Neben den Aufwendungen für die Einführung neuer Formulare, die einen Bruchteil der Aufwendungen ausmachen, müssen insbesondere die Kosten für die Bewältigung der neuen Kodieraufgaben durch Kodierassistenten, Schulungen und die Ein-

führung neuer IT-Systeme in den Krankenhäusern berücksichtigt werden. Die Kosten der Teilnahme an der Kalkulation sind dabei noch nicht einmal berücksichtigt. Eine Berücksichtigung der Kosten für die Einführung muss zumindest in den Jahren 2013 bis 2016 unbedingt erfolgen, da ausgehend von den bisherigen Mehrerlösausgleichsregelungen keinerlei Refinanzierungsmöglichkeiten dieser Kosten bestehen. Im Blick darauf schlagen wir die Einführung eines zeitlich begrenzten Systemeinführungszuschlags vor, der von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren wäre.

#### **4. Psychiatrische Institutsambulanz – Psychosomatik**

Das Angebot der Psychiatrischen Institutsambulanzen wurde ursprünglich für Patienten geschaffen, die im ambulanten Bereich nicht angemessen bzw. unterversorgt waren. Es betrifft Patienten, die aufgrund besonderer Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung einer krankenhaushaften Versorgung bedürfen. Die Einhaltung dieser Einschränkung der Behandlungsmöglichkeiten durch die PIA ist einer ständigen kritischen Prüfung durch den MDK unterworfen.

Im Sinne der Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung und einer Verbesserung der Versorgung für Patienten, die für eine Behandlung in entsprechenden Einrichtungen in Frage kommen, begrüßen wir, dass künftig auch psychosomatischen Kliniken und Krankenhäusern mit psychosomatischen Abteilungen die Möglichkeit zur Einrichtung von Institutsambulanzen gem. § 118 Abs. 1 und 2 eröffnet werden soll. Sinnvollerweise sollte dann von psychosomatischen Institutsambulanzen gesprochen werden.

#### **5. Aufnahme- und Entlasstag**

Die Regelungen in § 8 Abs. 2 BPfIV in Bezug auf die Abrechnung des Entlass- oder des Verlegungstages stehen im Widerspruch zu der Schaffung eines leistungsorientierten Vergütungssystems, da gerade die Kosten am Aufnahme-, Entlass- und Verlegungstag in der Psychiatrie höher sind als die durchschnittlichen Kosten pro "normalem" Behandlungstag. Diesen Sachverhalt haben patientenbezogene tagesgenaue Kalkulationsdaten im Rahmen der Probekalkulation eindeutig gezeigt. Die Aufnahme- und Entlasstage sind immer teurer als die übrigen Behandlungstage. Der Entlasstag muss deshalb bei einem leistungsorientierten System gesondert berechenbar sein und darf gerade deshalb nicht als Berechnungstag wegfallen.

#### **6. Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte in der psychiatrischen Versorgung analog zu den Zentren in der Somatik (Brust-, Darm-, Onkologie usw.)**

Ähnlich wie in der Somatik sind in der Psychiatrischen Versorgung heute schon hochspezialisierte Angebote vorhanden oder werden sich in der Zukunft noch weiter herausbilden. Es wäre wünschenswert, wenn sich im Gesetz Regelungen zur Vereinbarung entsprechender Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte bereits heute schon verankern ließen. Dies könnten z. B. Zentren für Schizophrenie, Borderline-Patienten usw. sein.

## **7. Zuschläge für besondere Aufgaben im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung**

Kliniken, die sich als Pflichtversorger in ihrer Region an unterschiedlichsten gemeindenahen psychiatrischen Netzen beteiligen, die nicht zuletzt mit Kirchengemeinden und ihren speziell auf die Begleitung psychisch kranker ausgerichteten Strukturen zusammenarbeiten, entsteht ein zusätzlicher Aufwand der gerade daraus resultiert, dass sie Netzwerkstrukturen bei sektorenübergreifender Versorgung sicherstellen. Einzelne Kliniken sind z. B. mit entsprechendem Fachpersonal in Suchthilfenetzen, Psychiatrie-Arbeitskreisen, Fallkonferenzen usw. entsprechend den verschiedenen zu versorgenden Landkreisen eingebunden. Für die Übernahme dieser Aufgaben ganz im Sinne des Gesetzes wäre es wichtig, wenn auch hier Regelungen zur Vereinbarung entsprechender Zuschläge in das Gesetz aufgenommen werden könnten.

Ähnliches gilt für die Notfallversorgung, die im Rahmen der Pflichtversorgung 24 Stunden vorgehalten wird. Gleiches gilt im Blick auf Patienten, die nach dem Unterbringungsgesetz jederzeit versorgt werden müssen. Auch hier wäre eine entsprechende Regelung notwendig (evtl. auch Abschlag bei Nichtteilnahme an der Notfallversorgung).

## **8. Absenkende Berücksichtigung zusätzlicher Fälle gem. § 10 BpflV**

Im somatischen Bereich werden der sog. "Hamsterrad-Effekt" und seine Konsequenzen immer deutlicher. Viele Häuser der Grund- und Regelversorgung schaffen es nicht mehr, die zur Kompensation von Lohnsteigerungen und sinkendem Landesbasisfallwert notwendigen Fallzahlsteigerungen zu realisieren. Verluste sind vorprogrammiert, die eine Abwärtsspirale nach sich ziehen und die Grund- und Regelversorgung in der Fläche gefährden.

Da in der Psychiatrie gerade in ländlichen Strukturen kleine Einheiten zur Sicherstellung einer gemeindenahen Versorgung (wie z. B. Satellitenstationen oder Tageskliniken) vorgehalten werden, ist bei einem ähnlichen gesetzlichen Vorgehen ein vergleichbarer, aber deutlich stärker ausgeprägter Effekt wie bei den Grund- und Regelversorgern zu erwarten. Die kleinen gemeindenahen Einrichtungen werden entsprechende notwendige überdurchschnittliche Fallzahlensteigerungen zur Kompensation von nicht finanzierten Lohnsteigerungen und Landesbasis-Entgeltwertabsenkungen nicht realisieren können. Deshalb wird die gesetzliche Vorgabe, eine sektorenübergreifende gemeindenahen Versorgung zu schaffen, durch diese absenkende Berücksichtigung von steigenden Fallzahlen konterkariert. Eine bereits bestehende gemeindenahen sektorenübergreifende Versorgung wird dadurch gefährdet.

Das gilt umso mehr, weil - wie in der Einleitung bereits ausgeführt - bei der psychiatrischen Behandlung der Faktor "Zeit für den Patienten" die entscheidende Rolle spielt. In der Somatik kann z. B. durch neue Operationstechniken, bessere bildgebende Verfahren usw. Zeit eingespart werden, die dann wieder zur Bewältigung von Mehrfällen eingesetzt werden kann. Vergleichbare technische Möglichkeiten, um in der Psychiatrie am Patienten Zeit einsparen zu können, gibt es nicht. Mehrleistungen müssen deshalb in deutlich höherem Maße refinanziert werden als in der Somatik.

Eine die Vergütung absenkende Berücksichtigung zusätzlicher Behandlungsfälle ist nur auf Ebene der einzelnen Einrichtung, in der sie entstehen sinnvoll und führt dort zu Mehrerlösausgleichen. Eine nochmalige Berücksichtigung auf Landesebene ist nicht gerechtfertigt und gefährdet insbesondere die Einrichtungen, die keine zusätzlichen Leistungen erbringen können. Mehr noch als somatische müssen auch psychiatrische und psychosomatische Kliniken ihre Leistungen auf Grundlage der Vergütungsentwicklung auskömmlich finanzieren können, ohne auf die Erbringung von Mehrleistungen angewiesen zu sein. Die Regelung § 10 Abs. 3 BPfIV ist deshalb zu streichen.

#### **9. Modellvorhaben gem. § 16 BPfIV und § 64b SGB V**

Wir begrüßen grundsätzlich die Ermöglichung von Modellvorhaben, da gerade die psychiatrische und psychosomatische Versorgung sich dynamisch verändert. Da die Laufzeiten für Modellvorhaben in beiden Paragraphen aber sehr lang angesetzt sind, besteht die Gefahr, sich über diese Modellvorhaben einer Konvergenz im Sinne des § 4 BPfIV möglichst lange zu entziehen. Die Laufzeit der Modellvorhaben und deren budgettechnische Berücksichtigung entsprechend § 3 BPfIV sollten deshalb bis zum Jahr 2016 begrenzt werden. Ab diesem Zeitpunkt, auch bei Verlängerung dieser Projekte, sollten die Modellprojekte dann im Landesentgeltwert mit den entsprechenden Regelungen gem. § 4 BPfIV mit berücksichtigt werden und somit nicht aus dem dann gültigen Erlösbudget herausgerechnet werden. Dies würde sicherstellen, dass auch Modellprojekte ab 2017 in die Leistungsorientierung des Gesamtsystems mit einbezogen werden. Besondere Bedeutung kommt Versorgungsmodellen zu, die den niedergelassenen Bereich, SGB V, SGB VI, XI, XII usw. in ein Gesamtversorgungsmodell mit einbeziehen. Im Interesse der Patienten darf dabei jedoch nicht einlinig als wesentliches Ziel die Vermeidung von stationärer Behandlung leitend sein.



## **1) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

### **Einführung eines pauschalierten psychiatrischen Entgeltsystems zur qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung nutzen**

Inhaltlich unterstützen wir das Anliegen, eine Expertenkommission bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Träger und Institutionen, die an der Versorgung beteiligt sind, einzurichten, um begleitend die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zu fördern und sich daraus ableitende Anforderungen an das neue Entgeltsystem zu definieren. Ebenfalls begrüßen wir das Anliegen, die Personalbemessungsvorgaben der PsychPV verbindlich umzusetzen und Transparenz über den Umsetzungsstand herzustellen. Grundvoraussetzung hierfür ist die umfassende Finanzierung dieser Personalbemessungsgrundlage. Zu den Anträgen auf Änderung der Mehr- und Mindererlösausgleiche verwiesen wir auf unsere Ausführungen unter Punkt I. auf Seite 4 dieser Stellungnahme. Die im Antrag unter Nummer 10 aufgeführte Forderung, dass sich der Ausgleich für Tarifsteigerungen an dem Orientierungswert nach § 10 Absatz 6 KHEntgG zu orientieren hat, wird von uns ausdrücklich unterstützt.

## **2) Antrag der Fraktion DIE LINKEN**

### **Ergebnisoffene Prüfung der Fallpauschalen in Krankenhäusern**

Eine Evaluation des Fallpauschalensystems sowohl im psychiatrischen als auch somatischen Bereich und deren Auswirkungen auf die Versorgungssituation der Patienten ist aus unserer Sicht dringend geboten. Ob dazu allerdings ein eigener Sachverständigenrat gebildet werden muss, ist unseres Erachtens fraglich. Vielmehr sollten die Selbstverwaltungspartner in dieser Aufgabe gestärkt und durch Vorgaben unterstützt werden.

### 3) Weiterer Regelungsbedarf aus Sicht der christlichen Krankenhäuser

Es ist allgemein bekannt, dass die Finanzierungssituation der Krankenhäuser sich in diesem Jahr mehr als angespannt darstellt. Dazu tragen einerseits die absehbaren tarifbedingten Personalkostensteigerungen bei, die weit über der gesetzlich möglichen, und noch weiter über der tatsächlich vereinbarten Steigerungsrate der Landesbasisfallwerte liegen, andererseits die fortgeltende Kürzung der Vergütungen um 0,5 % des Rechnungsbetrages in Folge des GKV-FinG. Seitens der Politik sind diese Problematik und der daraus abzuleitende Handlungsbedarf erkannt worden. Geeignete Maßnahmen sind für den Zeitpunkt in Aussicht gestellt worden, zu dem bekannt sein würde, welches Ausmaß die Tarifierhöhungen erreichen würden. Die entsprechenden Vereinbarungen sind zwischenzeitlich getroffen worden. Der Entwurf des PsychEntgG sollte deshalb genutzt werden, um die erforderlichen Regelungen für alle Krankenhäuser auf den Weg zu bringen.

Wie für psychiatrische Krankenhäuser fordern die Verbände der christlichen Krankenhäuser einen gesetzlich geregelten Ausgleich für Tarifsteigerungen für alle – also auch der somatischen (Akut-) Krankenhäuser und Rehakliniken - zur Refinanzierung der steigenden Personalkosten. Der Gesetzgeber ist dringend gefordert, die Lücke zwischen den gesetzlich reglementierten Erlöszuwächsen und den tarifbedingten Personalkostensteigerungen zu schließen. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Krankenhäusern steht wie in anderen Branchen oder Dienstleistungsunternehmen eine Partizipation an der allgemeinen Lohn- und Gehaltsentwicklung durch Tarifsteigerungen zu. Um einen Stellenabbau zu vermeiden, der zu Lasten der Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern und damit zu Lasten der Versorgung der Patienten geht, muss der Gesetzgeber nun zeitnah nach Abschluss der Tarifverhandlungen für einen gesetzlich geregelten Ausgleich sorgen.

In diesem Zusammenhang ist auch die Einführung des gesetzlich vorgesehenen Orientierungswertes und die Ablösung der Veränderungsrate geboten.

Angesichts der Überschüsse der Gesetzlichen Krankenkassen und des Gesundheitsfonds fordern wir zudem die Rücknahme der Vergütungskürzungen für die Krankenhäuser. Zugleich sprechen wir uns dafür aus, dem Gesundheitsfonds keine Mittel zu entziehen um sie für nicht der Gesundheitsversorgung dienende Zwecke einzusetzen.

Weiteren Regelungsbedarf sehen wir nach wie vor bei der Umsetzung des Pflegeförderprogramms. Nach Ablauf der direkten Förderung der Stellen sollen nun die Mittel über pauschalisierte Zuschläge verteilt werden. Für eine Übergangszeit von zwei Jahren sehen wir die Notwendigkeit, einen Teil (50%) der Mittel weiterhin direkt an die Krankenhäuser auszuzahlen, die entsprechende Stellen in der Pflege geschaffen haben, und nur einen Teil einer pauschalen Zuschlagsfinanzierung zuzuordnen.