



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

**Stellungnahme
der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
zum**

**Referentenentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung
der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und
psychosomatische Leistungen (PsychVVG)**

**zur Erörterung
des Bundesministeriums für Gesundheit
am 17.06.2016**

Berlin, 13.06.2016
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

I. Problem und Ziel

Mit dem Referentenentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) sollen die Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems vom 18. Februar 2016 umgesetzt werden. Nicht Bestandteil der Eckpunkte waren die Regelungen zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) und zum Standortverzeichnis für Krankenhäuser, die im Referentenentwurf enthalten sind. Mit dem PsychVVG sollen

- das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser als Budgetsystem ausgestaltet,
- ein leistungsbezogener Krankenhausvergleich ermöglicht,
- verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung umgesetzt,
- das Entgeltsystem neu kalkuliert,
- die sektorenübergreifende Versorgung gestärkt und
- Regelungen zur Standortidentifikation von Krankenhäusern eingeführt werden.

II. Allgemeiner Teil

Vorbemerkungen

Bei der Einführung eines leistungsbezogenen und pauschalierenden Vergütungssystems für allgemeine Krankenhausleistungen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) wurden die Psychiatrie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Psychosomatik von dem neuen Vergütungssystem ausgenommen. Mit dem KHRG vom 17. März 2009 wurde auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems beschlossen (§ 17d KHG). Anders als die DRGs bilden tagesbezogene Entgelte die Grundlage. Der finanzierungsrechtliche Rahmen ist mit dem Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) geschaffen und im Juni 2012 verabschiedet worden. Für das neue Entgeltsystem waren Übergangszeiträume vorgesehen: Einer vierjährigen und budgetneutralen Einführungsphase bis Ende 2016 sollte eine fünfjährige Konvergenzphase folgen, die im Jahr 2021 abgeschlossen sein sollte.

Bereits mit der Stellungnahme zum PsychEntgG hatte ver.di auf mögliche Risiken eines durchgängig leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser hingewiesen. Eine hochwertige personenzentrierte, gemeindenahе und vernetzte regionale Versorgung müsse absolute Priorität haben. Anders als im somatischen Bereich erleben psychisch Erkrankte sehr individuelle Krankheitsverläufe, die von unterschiedlichen Determinanten (Familie, Arbeitssituation, Wohnort, Behandlungsmöglichkeiten u. a. m.) abhängig sind. Ein pauschalierendes System kann daher auch dann an seine Grenzen geraten, wenn der unterschiedliche Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden ist. Die mit dem PsychEntgG vorgesehene Aufhebung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) lehnte ver.di ab, da diese zu schwerwiegenden Qualitätsproblemen geführt hätte.

Mit dem Referentenentwurf wird nun Abstand genommen von dem geplanten Preissystem auf Basis pauschalierter Tagesentgelte. Dass sich regionale Versorgungsbedarfe und hausindividuelle Besonderheiten zukünftig besser in den Budgets abbilden lassen sollen, wird von ver.di grundsätzlich begrüßt. Eine besondere Bedeutung kommt der erforderlichen Personalausstattung zu: Mit dem Vorhaben, ab 2020 verbindliche Personalmindestvorgaben einzuführen, würde ein Regelung in Kraft treten, die über einen empfehlenden Charakter hinaus evidenzbasiert wäre und eine leitliniengerechte Behandlung ermöglichen könnte. Indem die Psych-PV bis 2019 verlängert werden soll, wäre eine durchgehende verbindliche Personalbemessung bis zum Inkrafttreten der neuen Personalmindestvorgaben gesichert. Mit dem Einstieg in eine stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld der Patientinnen und Patienten soll die sektorenübergreifende Versorgung gestärkt werden. Der Referentenentwurf greift damit an wichtigen Stellen die vielfach geäußerte Kritik am bisher in der Entwicklung befindlichen Preissystem auf. Allerdings besteht in wesentlichen Punkten des Gesetzentwurfes Nachsteuerungsbedarf.

Einführung eines krankenhaushausindividuellen Budgetsystems

Die Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt. Stattdessen wird die Vergütung auf Krankenhausebene durch die Vertragsparteien als Gesamtbudget verpflichtend ab 2017, für die Jahre 2017 und 2018 unter budgetneutralen Bedingungen, vereinbart. An der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems wird festgehalten. Mit dem unveränderten § 17d Abs. 1 KHG bleiben mit dem bundesweit geltenden Entgeltkatalog, den bundesweit geltenden Bewertungsrelationen und der Kalkulation der Bewertungsrelationen auf Grundlage der

durchschnittlichen Ist-Kosten die zentralen Elemente des pauschalierenden Entgeltsystems erhalten.

Der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert wird verglichen mit dem rechnerisch ermittelten Landesbasisentgeltwert. Zwar werden krankenhausesindividuelle und leistungsbezogene Besonderheiten berücksichtigt. Für diese wird jedoch ein Rahmen vorgegeben. Über krankenhausesindividuelle Anpassungsvereinbarungen soll eine Budgetangleichung erreicht werden.

Die Anpassung an neue Entwicklungen und an neue Versorgungsstrukturen muss auch mit einem modifizierten pauschalierenden Entgeltsystem gewährleistet werden. Es muss darauf reagieren können, dass in der stationären Versorgung der Anteil der Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheitsverläufen und komplexen Behandlungs-, Pflege- und Hilfebedarf steigt. Andererseits müssen personenzentrierte Behandlungs- und Hilfesettings im außerklinischen Bereich organisiert und gesteuert werden, um das Empowerment des Patienten/der Patientin und seines Lebensumfeldes zu fördern.

ver.di kritisiert den Dokumentationsaufwand, der geleistet werden muss, um die Kalkulation durchzuführen. Zwar muss die Transparenz im System als Voraussetzung zur Qualitätssicherung hergestellt werden, der Aufwand muss mit dem Nutzen in einem guten Verhältnis stehen und in die Personalbemessung einfließen. Die Maßnahmen zur Begrenzung des Dokumentationsaufwandes im Gesetzentwurf sind nicht hinreichend, um den Personalressourceneinsatz für die Dokumentation auf Station und im Controlling zu begrenzen.

Einführung eines leistungsbezogenen Vergleichs

Die Angleichung der krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte an den Landesbasisentgeltwert soll zukünftig dadurch erreicht werden, dass der neue Vergleich die Zielwerte liefert, an die die krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte und tagesbezogenen Entgelte schrittweise anzupassen sind. Damit tritt an die Stelle der schematischen Konvergenz der leistungsbezogene Vergleich. Langfristig ist zudem nicht nur eine Angleichung auf Landesebene, sondern auch auf Bundesebene geplant. ver.di befürchtet durch das Instrument des Leistungsvergleichs als Orientierung für die örtlichen Verhandlungspartner negative ökonomische Anreize, z. B. in der Ausdehnung von Leistungsmengen, unnötigen Behandlungen, Fallsplitting und Patientenselektion. Diese sind im Rahmen der Krankenhausvergleiche entscheidend für die Abweisung von Kürzungsforderungen der Kostenträger.

Darüber hinaus besteht mit der Orientierung an Durchschnittswerten im leistungsbezogenen Vergleich die Gefahr des „Kellertreppeneffekts“.

Der Krankenhausvergleich darf 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 in den Krankenhausvergleich der Personalbestand, das Lohnkostenniveau sowie die Personalfluktuationsquote zu erfassen und vergleichbar zu machen. Die Transparenzdaten müssen öffentlich zugänglich sein.

Verbindliche Vorgaben zur Personalausstattung

ver.di begrüßt die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Einführung verbindlicher Vorgaben zur Personalmindestbesetzung ab 2020, die 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 teure 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. Ein Großteil der Häuser hält nur noch 80 Prozent, einige Kliniken lediglich 60 Prozent des notwendigen Fachpersonals vor – insbesondere in der Pflege, aber auch in den Fachtherapien, sozialen Diensten und anderen Berufsgruppen. ver.di begrüßt ausdrücklich den Anspruch auf Finanzierung der Zahl der Personalstellen nach den Vorgaben der Psych-PV sowie auf die Nachverhandlung von fehlenden Personalstellen, wenn die Vorgaben in der Vergangenheit nicht in vollem Umfang umgesetzt wurden. Positiv wirkt sich die geplante Vorgabe der tatsächlichen Stellenbesetzung auf der Grundlage der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung in Vollkräften aus.

Das Personal darf nicht nur finanziert, sondern muss auch vorhanden sein. Die geplanten Vorgaben dazu werden von ver.di grundsätzlich begrüßt. Sie sind jedoch weiterzuentwickeln. Damit die zweckentsprechende Mittelverwendung sichergestellt wird, sind deshalb – neben der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers - die betrieblichen Interessenvertretungen wirksam zu beteiligen.

Es ist sicherzustellen, dass die Kalkulationshäuser für die Kalkulation die Vorgaben der Psych-PV zwingend erfüllen. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Kalkulationshäuser tarifgebunden sind. Nur so kann gewährleistet werden, dass zukünftig die Personalvorgaben aller Krankenhäuser vollständig refinanziert werden. Krankenhäuser, die die Mindestvorgaben nicht erfüllen, sind aus der Kalkulation auszuschließen.

ver.di kritisiert, dass der G-BA mit der Entwicklung der verbindlichen Mindestvorgaben zur Personalausstattung beauftragt wird. Auch bisher schon hatte der G-BA den Auftrag, entsprechende Empfehlungen zu erarbeiten. Mit den stimmberechtigten Akteuren der Selbstverwaltung und den unterschiedlich gelagerten Interessen war er dazu bisher nicht in der Lage. Die Patientenvertretungen haben im Entscheidungsgremium lediglich eine beratende Stimme. Das Anliegen einer bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung wird durch die Stimmberechtigten nicht ausreichend repräsentiert. Durch eine Vielzahl weiterer neuer Aufgaben gelangt der G-BA als Entscheidungsgremium zudem an Grenzen.

Der Gesetzgeber ist hier gefordert, normative Vorgaben zu machen. Bei der Entwicklung von Vorgaben zur Personalausstattung sollte dem sowohl bei der Psych-PV als auch bei der PPR beschrittenen Weg gefolgt und eine unabhängige Expertenkommission mit einem Entwurf beauftragt werden. Dieser kann die Grundlage einer Rechtsverordnung des Bundes werden. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens neuer Vorgaben müssen alle Personalbedarfe von den neuen Mindestvorgaben erfasst sein, d. h. für alle Krankheitsbilder und Arbeitsaufgaben einschließlich mittelbar patientenbezogener Tätigkeiten (sog. „Grunddrauschen“). Dies gilt insbesondere dort, wo noch keine Leitlinien vorliegen und deshalb Personalbemessungsstandards erarbeitet werden müssen: für die Bedarfe der Pflege und anderer nichtärztlicher Berufsgruppen, deren Arbeit von den Leitlinien bisher nicht systematisch erfasst wird, und für die verschiedenen Formen sektorenübergreifender Versorgung. Die Vorgaben zur Personalausstattung müssen sich am Bedarf der Patienten orientieren. Mindestvorgaben dürfen nicht einer Notversorgung entsprechen, sie müssen bedarfsgerecht und ausreichend für eine gute Therapie sein. Keinesfalls dürfen die Standards der Psych-PV unterschritten werden. Der Personalaufwand für die Dokumentation ist bei den verbindlichen Vorgaben zur Personalausstattung zu berücksichtigen.

Zwingend erforderlich ist, dass die am Bedarf der Patientinnen und Patienten orientierte Personalausstattung budgetwirksam ist. Die Refinanzierung der aus den Vorgaben resultierenden Personalausstattung zu Tariflöhnen ist deshalb verbindlich festzuschreiben. Die Nichteinhaltung der Personalvorgaben muss - neben der Nichtvergütung der nicht erbrachten Personalleistungen - mit Bußgeldern sanktioniert werden. Bei wiederholter Nichteinhaltung der Personalvorgaben ist der Versorgungsvertrag zu kündigen.

Die verbindlichen Personalvorgaben sind regelmäßig zu überprüfen und auf der Basis von epidemiologischen, demographischen und fachlichen Entwicklungen anzupassen und dynamisch weiterzuentwickeln. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung müssen sich auf quantitative und qualitative Vorgaben erstrecken.

Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung

Die Erweiterung der Möglichkeiten zur ambulanten Behandlung durch die Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld begrüßt ver.di ausdrücklich. Diese darf jedoch - insbesondere in unterversorgten Gebieten - nicht zwingend an die Verringerung der stationären Bettenzahl gekoppelt werden. 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.

III. **Zum Gesetzentwurf im Einzelnen**

Zu Artikel 1, Nr. 5

ver.di begrüßt die Initiative des Gesetzgebers in § 17d Abs. 1 KHG, zukünftig für die Kalkulationsteilnahme die verbindlichen Mindestvorgaben zur Personalausstattung vorauszusetzen. Es ist sicherzustellen, dass die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser vor dem 01.01.2020 zwingend die Vorgaben der Psych-PV zu 100 % umsetzen. Krankenhäuser, die die Vorgaben nicht erfüllen, sind von der Teilnahme an der Kalkulation auszuschließen.

Zu Artikel 2, Nr. 4

§ 3 Abs. 3 BPfIV regelt die Einzelheiten zur Vereinbarung des Krankenhausbudgets. Die Berücksichtigung der Vorgaben der Psych-PV bei der Budgetvereinbarung wird von ver.di ausdrücklich begrüßt, ebenso die Berücksichtigung der Ergebnisse bei der Nachverhandlung von fehlenden Personalstellen nach § 6 Abs. 4 BPfIV. Die Stellen sind entsprechend vollständig bei der Abrechnung zu refinanzieren. Sofern sich auf der Grundlage der Nachweise nach § 18 Abs. 2 ergibt, dass Personalvorgaben nicht eingehalten wurden, muss - neben der Nichtvergütung der nicht erbrachten Personalleistungen - dies mit Bußgeldern sanktioniert werden. Bei wiederholter Nichteinhaltung der Personalvorgaben ist der Versorgungsvertrag zu kündigen.

Die Regelung in § 3 Abs. 4 zur Berücksichtigung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen erlaubt per se nicht eine vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen. Tarifabschlüsse müssen bei der Vereinbarung des Krankenhausbudgets zu 100 % berücksichtigt werden, da sonst die Refinanzierung der verbindlichen Personalvorgaben nicht sichergestellt ist.

Grundsätzlich wird von ver.di begrüßt, dass die neue Regelung vorgibt, dass bei der Budgetvereinbarung die krankenshausindividuellen Kosten ebenso zu berücksichtigen sind wie die Ergebnisse der Personalbedarfsermittlung mittels Psych-PV und die Kosten der Umsetzung der verbindlichen Vorgaben zur Personalausstattung. Kritisiert wird von ver.di, dass krankenshausindividuelle Entgelte die maßgeblichen Vergleichswerte nur dann „deutlich überschreiten“ dürfen, wenn dies vom Krankenhaus als unabweisbar nachgewiesen wurde. Dies setzt den Verhandlungspartnern bei der Berücksichtigung krankenshausindividueller Besonderheiten enge Grenzen.

Zu Artikel 2 Nr. 5

Mit § 4 BPfIV werden die Vorgaben für die Vereinbarung der Krankenhausbudgets während der Konvergenzphase abgelöst durch den leistungsbezogenen Vergleich. 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 in den 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.

Zu Artikel 2 Nr. 10

§ 10 BPfIV sieht die Vereinbarung eines landesweiten Basisentgeltwertes zwischen den Vertragsparteien auf Landesebene vor. Bei Nichteinigung setzt die Schiedsstelle den Landesbasisentgeltwert fest. Er geht in den neuen leistungsbezogenen Vergleich ein und ist damit wesentlicher Orientierungspunkt für die Vereinbarung der krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte. Die Geschwindigkeit der Anpassung ist abhängig vom Verlauf der Verhandlungen auf örtlicher Ebene. ver.di kritisiert die schrittweise Anpassung an den Landesbasisentgeltwert, da diese Anpassung der Berücksichtigung regionaler und krankenhausesindividueller Besonderheiten zuwider läuft.

Zu Artikel 2 Nr. 14

§ 18 Abs. 2 BPfIV sieht die Finanzierung und die Nachweisverpflichtung über die Einhaltung der Vorgaben der Psych-PV bis 2019 bzw. die Vorgaben nach § 136 a (2) SGB V ab 2020 vor. Das Personal darf nicht nur finanziert, sondern muss auch vorhanden sein. Die geplanten Vorgaben dazu werden von ver.di grundsätzlich begrüßt. Sie sind jedoch weiterzuentwickeln. Damit die zweckentsprechende Mittelverwendung sichergestellt wird, sind deshalb – neben der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers - die betrieblichen Interessenvertretungen wirksam zu beteiligen.

Zu Artikel 4 Nr. 1 bis 4

§ 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.

Zu Artikel 4 Nr. 7

§ 136 a Abs. 2 SGB V sieht die Festlegung geeigneter qualitätssichernder Maßnahmen durch den G-BA vor. Er soll insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal bestimmen. ver.di begrüßt ausdrücklich die Entwicklung verbindlicher Personalvorgaben, die evidenzbasiert sind und eine leitliniengerechte Behandlung ermöglichen. Den G-BA mit der Entwicklung solcher Vorgaben zu beauftragen, ist allerdings 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 Psych-PV als auch bei der PPR beschrittenen Weg gefolgt und eine unabhängige Expertenkommission mit einem Entwurf beauftragt werden. Dieser kann die Grundlage einer Rechtsverordnung des Bundes werden. Die verbindlichen Mindestvorgaben zur Personalausstattung müssen zwingend alle Personalbedarfe erfassen, d. h. für alle Krankheitsbilder und Arbeitsaufgaben einschließlich mittelbar patientenbezogener Tätigkeiten (sog. „Grunddrauschen“). Dies gilt insbesondere dort, wo noch keine Leitlinien vorliegen und deshalb Personalbemessungsstandards erarbeitet werden müssen.

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