



Stellungnahme der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankendirektoren Deutschlands e. V. zur Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie des G-BA (PPP-RL)

Patientenzentrierte psychiatrische Krankenhausbehandlung – Quo vadis?

Per G-BA-Beschluss vom 19.09.2019 wurden Vorgaben über die zukünftige personelle Mindestausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern festgelegt, die einen ganz wesentlichen Einfluss auf die Behandlung und nicht zuletzt auch auf die wirtschaftliche Existenz der Einrichtungen haben werden. Der Einfluss auf die Behandlung wird als Qualitätsmaßnahme deklariert, ist in Wirklichkeit jedoch eine Beschränkung der vorhandenen Ressourcen und ein Fehlanreiz zu Lasten moderner, differenzierter und dezentraler Behandlungsformen. Diese Entscheidung wurde unter weitestgehendem Ausschluss der Fachöffentlichkeit getroffen – auch der VKD wurde neben vielen anderen Vertreterinnen und Vertretern der Fachlichkeit, trotz heftigem Bemühen, in das Verfahren nicht einbezogen.

Umso schwerer wiegt die Erkenntnis, dass die nun im Detail bekannt gewordenen Regelungen nicht geeignet sind, um die gesetzgeberisch vorgesehenen Qualitätsziele zu erreichen. Im Gegenteil ist durch die antiquierten Strukturen, die die Richtlinie für die nächsten Jahre festschreibt, ein deutlicher Rückschritt in der Behandlung und Versorgung psychisch Erkrankter zu erwarten. Dies hat ebenfalls bereits der Präsident der DKG, Dr. Gaß, auf den Punkt gebracht und bedauert, dass mit dieser Richtlinie die deutsche Psychiatrie in ihrer Entwicklung um 40 Jahre zurückgeworfen wird, womit er zweifellos recht hat.¹ Auch wenn die Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. die Einigung auf eine Grundausstattung mit therapeutischem Personal grundsätzlich begrüßt, drohen hier fatale Fehlentwicklungen. Deshalb bedürfen die folgenden Regelungsinhalte dringend der Überarbeitung.

In der vorliegenden Richtlinie werden Ziele der Mindestpersonalvorgaben benannt (S. 5, tragende Gründe), denen sich der VKD uneingeschränkt anschließen kann:

- **Möglichst leistungssektorenübergreifende Behandlerkonstanz**
- **Indikationsbezogene Behandlungskonzepte**
- **Verzicht auf geschützte Stationen, Vermeidung geschlossener Türen, Verhinderung von Zwang und Prävention von aggressivem Verhalten**
- **Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung**

¹ Vgl. Pressemitteilung der DKG vom 20.09.2019.

Folgt man diesen Zielen, so steht die Station einer Klinik nicht im Mittelpunkt der Behandlung, sondern der individuelle Versorgungs- und Behandlungsbedarf von Patientinnen und Patienten. Nichtsdestoweniger liegt nun ein Beschluss vor, der die Station als einzigen Ort der Behandlung festschreibt. Hatte der Vorsitzende des G-BA Prof. Hecken in seiner Reaktion auf die Ablehnung von Seiten der DKG noch beruhigend festgestellt, dass die Richtlinie „Sanktionen eben nicht an starre Stationsstrukturen knüpft“, zeigt sich hier die konkrete Ausgestaltung in genau diesem starren Stationsbezug. Damit werden moderne Behandlungsformen, wie wir sie in der modularen Psychotherapie, in der stationsäquivalenten Behandlung sowie noch mehr in den vielerorts praktizierten Modellvorhaben sehen, die nach dieser Festschreibung mit ihrem Auslaufen nicht weiter fortgesetzt werden könnten, verhindert.

Im Hinblick auf die Qualitätsentwicklung in den psychiatrischen Kliniken ist die Richtlinie aus zwei weiteren Gründen kontraproduktiv. Der Fokus wird auf Kriterien der Strukturqualität manifestiert. Bemühungen der Kliniken, Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität zu verankern, werden konterkariert. Gleichzeitig ignoriert sie die zurzeit überall diskutierte Digitalisierung. In der Psychotherapie gibt es bereits evidenzbasierte digitale Anwendungen, die als Ergänzung zur Face-to-Face-Therapie die Ergebnisqualität verbessern. Die Weiterentwicklung dieser niederschweligen Tools im Sinne von stepped care wird verhindert und die erforderlichen organisatorischen Veränderungen in den Kliniken um Jahre zurückgeworfen.

Sanktionen wurden zwar nicht an den stationsweisen Nachweis geknüpft, in den sanktionsbehafteten Quartalsnachweisen lassen sich allerdings im Widerspruch dazu nur *die stationsbezogen erfassten Arbeitsstunden* summieren (vgl. Berechnungsschema S. 19 tragende Gründe). Nur Arbeitsleistung, die im festen Stationsbezug erbracht wird, ist im Sinne der Richtlinie nachweisbar. Behandlung wird wieder fest in der Einrichtung verankert, statt am individuellen Bedürfnis der psychisch Erkrankten. Die geeignete Auswahl von Behandlungsorten, die ggf. auch außerhalb der Klinik liegen und sich nicht an die engen strukturellen Vorgaben der Station oder der sogenannten Stationsäquivalenz orientieren müssen, ist nicht darstellbar. Moderne Behandlungsansätze, wie die sektorenübergreifenden Modellvorhaben, die Versorgung in psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) oder integrierte Versorgungsansätze können nicht abgebildet werden. Die Nachweissystematik zwingt Krankenhäuser, das (knappe) verfügbare Personal ausschließlich den Stationen zuzuordnen. Durch die ökonomische Notwendigkeit (Vermeidung von Stationsschließungen) sowie die Versorgungsverpflichtung (drohende unterlassene Hilfeleistung), wird modernen Behandlungsansätzen das Personal und damit die Grundlage jeder Weiterentwicklung entzogen. Statt einer dringend notwendigen Loslösung der Behandlung vom Stationsbegriff, wird ebendieser hier zementiert. Die personelle Unterversorgung einzelner Bereiche, der auf Kostenträgerseite die größten Befürchtungen gelten, wird erst durch die Richtlinie zur selbsterfüllenden Prophezeiung.

Die Definition eines jeden Standortes als Einrichtung im Sinne der sanktionsbehafteten Nachweispflicht erstickt die sozialpsychiatrisch dringend erwünschte Wohnortszentrierung von Krankenhausbehandlung im Keim. Kleinere Dependancen, die Behandlung näher an den Wohnort von Patientinnen und Patienten tragen, werden mangels Möglichkeit der flexiblen Einsatzplanung zur Sollbruchstelle innerhalb der Nachweisverpflichtung – die Dezentralisierung psychiatrischer Einrichtungen wird per Richtlinie zum hohen betriebswirtschaftlichen Risiko.

Die Nachweissystematik über tatsächlich geleistete Vollkraftstunden (VKS-IST) auf den einzelnen Stationen stellt die psychiatrischen Krankenhäuser vor einen unzumutbaren Dokumentationsaufwand. Zeiterfassungsprogramme, die stationsgenaue Anwesenheiten über Dienstpläne festhalten, gehören nicht in allen therapeutischen Berufsgruppen zum Standard, da flexible Arbeitszeiten als wichtiges Attraktivitätsmerkmal für Fachkräfte und der Patientenbezug im Mittelpunkt stehen. Im Gegenteil richten sich moderne, indikationsspezifische Angebote, etwa im Bereich der Spezial- und Bewegungstherapie,

in aller Regel an Patientinnen und Patienten vieler Stationen. Der *Dokumentationswahnsinn*, einer Verteilung dieser Arbeitsstunden auf die Dienstpläne einzelner Stationen, wird deutlich. Insbesondere ist zu kritisieren, dass für die richtlinienkonforme Dokumentation der übergreifenden Therapien Controllinginstrumente etabliert werden müssen, die aus Gründen der Kostenrechnung nicht erforderlich sind, ohne die aber der Personalnachweis nicht möglich ist.

Der steigende Dokumentationsaufwand trifft dabei paradoxerweise genau die therapeutischen Berufsgruppen, deren patientenbezogene Verfügbarkeit durch die Richtlinie sichergestellt werden sollte. Statt zu vier Stichtagen im Jahr wie bisher, müssen alle Patientinnen und Patienten nun zu 26 Stichtagen eingestuft werden. Die Überprüfbarkeit (MDK) aller dieser Stichtage wird völlig neue stichtagsbezogene Dokumentationsnotwendigkeiten schaffen. Insgesamt steht die vorgesehene Masse der Dokumentations- und Nachweispflichten den gesetzgeberischen Zielen der Reduktion von Misstrauensaufwand (vgl. PsychVVG) diametral entgegen. Im Gegensatz wird hier ein Bürokratiemonster aufzubauen sein, um den Auftrag erfüllen und dem MDK entsprechend prüfbare Unterlagen zur Verfügung stellen zu können.

Kritisch zu beurteilen ist ebenfalls die uneingeschränkte Öffnung des Nachweises für Leihpersonal, die dieser Branche noch zu weiterem Wachstum verhelfen wird – wiederum entgegen der ausgewiesenen Ziele (z. B. Behandlerkontinuität).

Deutlich ist auf den zukünftigen Personalbedarf hinzuweisen, der wesentlich über den Maßgaben der PsychPV und den in Vollkräfte übertragenen Minutenwerten der Richtlinie liegt. So sorgen die Veränderungen in den Anrechnungsmöglichkeiten sowie die fehlende Möglichkeit natürliche Schwankungen in Personalbestand und Belegung auszugleichen, für eine deutliche Erhöhung des benötigten Personals. Auch die tatsächlichen Ausfallquoten liegen schon jetzt in aller Regel deutlich über den bisher von den Krankenkassen finanzierten. Der zynische Verweis an dieser Stelle („Ausfallzeiten werden u. a. durch moderne Führungsstile und gutes Personalmanagement beeinflusst“ - Tragende Gründe §2 Abs. 10) verharmlost die enormen Belastungen, denen das Personal insbesondere in pflichtversorgenden Einrichtungen ausgesetzt ist. Diese Betrachtungsweise zeugt von einer fundamentalen Unkenntnis derjenigen, die sie propagieren, vom tatsächlichen Betrieb in einer psychiatrischen Fachklinik oder in einer psychiatrischen Fachabteilung.

Hieraus muss sich ein rechtssicherer Refinanzierungsanspruch für die Budgetverhandlung auf Orts-ebene ergeben. Die vagen Hinweise der Richtlinie („gegebenenfalls über Anlage 1 hinausgehenden Minutenwerte [...]“ (§2 Abs. 10)) schaffen keinerlei Verbindlichkeit. Auch die über das MDK-Reformgesetz in die Bundespflegesatzverordnung aufgenommenen Hinweise, bezeugen allenfalls einen guten Willen. Ohne rechtssichere Finanzierung einer Personalausstattung, die wesentlich über den in Vollkräfte umgerechneten Minutenwerten der Richtlinie liegt, lässt sich eine jederzeitige Erfüllung der Mindestpersonalvorgaben nicht gewährleisten. So müsste der rechtsverbindliche Refinanzierungsanspruch des Stellenkontingentes auf der Budgetebene mindestens 10-15% oberhalb der Nachweispflicht angesetzt werden, um unvermeidbare Schwankungen im Personalkontingent und der Belegung ausgleichen zu können.

Tatsächliche Qualitätsverbesserungen lassen sich nur durch eine gesicherte Finanzierung erreichen. Im derzeitigen Hybrid zwischen harter Mindestvorgabe auf der einen Seite und (einzig verfügbarem) Instrument der Budgetfindung auf der anderen Seite, drohen statt einer Verbesserung der Patientenversorgung nur die Schließung von Stationen und die Abweisung von dringend behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten. Diese wird vor allem an den Standorten in Deutschland geschehen, wo der Fachkräftemangel schon jetzt am stärksten ausgeprägt ist und nicht zwangsläufig dort, wo stationäre Behandlung durch ambulante Angebote ggf. tatsächlich ersetzbar wäre. Damit werden unter Umständen viele psychisch Kranke unbehandelt bleiben und aus einer gesamtökonomischen Betrachtung später deutlich höhere Gesundheitskosten resultieren.

Die Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen des Verbandes der Krankhausdirektoren Deutschlands e. V. fordert deswegen nachdrücklich – notfalls durch politische Einflussnahme – die Regelung in den folgenden Punkten zu verändern:

- Psychiatrische Einrichtungen sind mehr als die Summe Ihrer Stationen. Es muss die Möglichkeit erhalten bleiben **stationsunabhängig eingesetztes Personal im Nachweis zu berücksichtigen**, um modernen Behandlungsansätzen außerhalb der Station nicht systemisch das Personal zu entziehen.
- Psychiatrische Einrichtungen begrenzen sich nicht auf einen Standort. **Die Nachweispflicht muss vom einzelnen Standort losgelöst werden**, um dezentrale, wohnortnahe Strukturen nicht systematisch von vorneherein zu benachteiligen oder zu verhindern.
- Stationsbezogene Nachweispflichten sind aufzuheben und die Anzahl der Stichtagserhebungen zu verringern, um einen **unverhältnismäßigen Dokumentations- und Nachweisaufwand** für die dringend in der Behandlung benötigten Fachkräfte zu vermeiden. Durch den unglaublichen Bürokratieaufwand werden weitere Kräfte der unmittelbaren Patientenbehandlung entzogen. Der deutlich steigende Verwaltungsaufwand durch die umfassenden Nachweis- und Meldepflichten ist etwa über einen Qualitätssicherungszuschlag (analog Telematikzuschlag) unbedingt zu kompensieren.
- Die Anrechnungsmöglichkeit von Leihpersonal ist zu begrenzen (etwa über einen prozentualen Abschlag) – als wichtiges Signal entgegen einer stark wachsenden Branche, die über einen teufelskreisartigen Wettbewerb den Fachkräftemangel noch verschärft und ausnutzt.
- Beförderung von Pflichtversorgung (höhere Finanzierungsansprüche) statt der Begünstigung nicht-pflichtversorgender Einrichtungen (geringere Nachweishöhe).
- Schaffung **von rechtsverbindlichen Refinanzierungsansprüchen** für die Budgetverhandlung vor Ort, nach denen das durch die Kostenträger zu finanzierende Personal wesentlich (mind. 10-15%) über den in Vollkräfte umgerechneten Personalmindestvorgaben liegt.

Nur über diese Veränderungen können gravierende Fehlentwicklungen vermieden und die formulierten Qualitätsziele tatsächlich gefördert werden. Gelingt das nicht, werden die einzigen Profiteure die Kostenträger sein, die über ein fehlanreizendes aber dafür umso schärferes Nachweis- und Sanktionsinstrument dem System die dringend benötigten Mittel für therapeutisches Personal entziehen. Leidtragende des Regulierungswahns wären wiederum die Patientinnen und Patienten, denen die vorliegende Richtlinie letztlich nur eines garantieren kann: Die altbekannte Station.