

# Gemeinsame Stellungnahme

## zur Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (PPP-RL) vom 19.09.2019

Veröffentlicht am: 06.02.2020

Unterzeichnende Verbände:

- Arbeitskreis der Cheftärztinnen und Cheftärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V. (BAG KT)
- Bundesdirektorenkonferenz (BDK)
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
- Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren e. V. (VKD)
- Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs e. V.)



**BAG KT** Bundesarbeitsgemeinschaft  
Künstlerische Therapien



Verband der  
Krankenhausdirektoren  
Deutschlands e.V.  
Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen



**LIPPs e.V.**  
Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie  
und Psychotherapie

**DVSG**  
Gemeinsam für die Soziale Arbeit  
im Gesundheitswesen.

Per G-BA-Beschluss vom 19.09.2019 wurden Vorgaben über die zukünftige personelle Mindestausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern ab dem 01.01.2020 festgelegt, die einen ganz wesentlichen Einfluss auf die Sicherstellung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und der konzeptionellen Weiterentwicklung der psychiatrischen Behandlung haben werden. Nicht zuletzt wird durch Vergütungsausschluss und Sanktionen auch die wirtschaftliche Existenz der Versorgungskliniken infrage gestellt. Der Einfluss auf die Behandlung wird als Qualitätsmaßnahme deklariert, ist in Wirklichkeit jedoch eine Beschränkung der vorhandenen, einsetzbaren Ressourcen. Die Richtlinie ist ein Fehlanreiz zu Lasten moderner, differenzierter, flexibler und dezentraler Behandlungsformen. Diese Entscheidung wurde unter vollständigem Ausschluss der Anhörung der Verbände, die die regionale Pflichtversorgung sicherstellen müssen, getroffen.

Umso schwerer wiegt die Erkenntnis, dass die vorliegenden Regelungen nicht geeignet sind, um die gesetzgeberisch vorgesehenen Qualitätsziele zu erreichen. Im Gegenteil ist durch den strukturfürsorgenden Stationsbezug, den die Richtlinie für die nächsten Jahre festschreibt, ein deutlicher Rückschritt in der bisher schon erreichten bedarfsorientierten, Setting-unabhängigen Behandlung und Versorgung psychisch Erkrankter zu erwarten.

Auch wenn die mitzeichnenden Verbände die Einigung auf eine Grundausstattung mit therapeutischem Personal grundsätzlich begrüßen, drohen hier schwerwiegende Fehlentwicklungen. Deshalb bedürfen besondere Regelungsinhalte der PPP-RL dringend der Überarbeitung.

In der vorliegenden Richtlinie werden Ziele der Mindestpersonalvorgaben benannt (S. 5, tragende Gründe), denen sich die mitzeichnenden Verbände uneingeschränkt anschließen können:

- **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**

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. Dennoch liegt nun ein Beschluss vor, der die Station als einzigen Ort der Diagnostik und Behandlung festschreibt. Damit werden moderne Behandlungsformen, wie wir sie z. B. in den Modellprojekten gemäß §64b SGB V zunehmend etabliert haben, nicht weiter fortgesetzt werden können. Im Gegenteil muss das bisher erfolgreich für die Patientinnen und Patienten sektorenübergreifend eingesetzte Personal nun wieder in feste Stationsbezüge eingepresst werden

Im Hinblick auf die Qualitätsentwicklung in den psychiatrischen Kliniken ist die Richtlinie aus zwei weiteren Gründen kontraproduktiv. Der Fokus wird ausschließlich auf Kriterien der Strukturqualität gelegt. Bemühungen der Kliniken, Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität zu verankern, werden konterkariert. In diesem Sinne stellt die Richtlinie einen Rückschritt um mehrere Jahrzehnte dar. Gleichzeitig ignoriert sie die zurzeit überall angemahnte Digitalisierung. In der Psychotherapie gibt es bereits evidenzbasierte digitale Anwendungen, die als Ergänzung zur Face-to-Face-Therapie die therapeutische Qualität erhöhen können. Die Weiterentwicklung der Tools und die erforderlichen organisatorischen Veränderungen in den Kliniken werden 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 die IST-Arbeitsleistung in Stunden, die im festen Stationsbezug erbracht wird, ist im Sinne der Richtlinie nachweisfähig. Behandlung wird wieder fest institutionalisiert verankert, statt am individuellen Bedarf der psychisch Erkrankten. Die geeignete Auswahl von Behandlungsformen, in der Klinik oder auch bei Patientinnen und Patienten zu Hause, ist nicht mehr flexibel gestaltbar, sondern muss akribisch sektoralisiert abgebildet werden.

Die Sicherstellung der regionalen Versorgungspflichten durch Landesgesetze oder kommunale Verordnungen muss auch mit einer PPP-RL weiterhin gewährleistet sein. Durch die beschlossenen Sanktionsmechanismen wie Behandlungs- und Vergütungsausschluss auch in Kliniken mit Pflichtversorgungsauftrag wird jedoch unzulässig in die Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung in den Ländern eingegriffen – zum Nachteil von Krankenhausbehandlungsbedürftigen Bürgerinnen und Bürgern.

Die Definition eines jeden Standortes als Einrichtung im Sinne der sanktionsbehafteten Nachweispflicht erstickt die sozialpsychiatrisch dringend erwünschte Wohnortnähe von Krankenhausbehandlung für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Keim. Kleinere Dependancen, die die Behandlung näher an den Wohnort von Patientinnen und Patienten tragen, werden mangels Möglichkeit der flexiblen Einsatzplanung von Personal 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 pro Berufsgruppe und Monat umfasst alle Stationen und damit die gesamte Einrichtung! Diese Nachweisinflation stellt die psychiatrischen Krankenhäuser vor einen technisch und personell unzumutbaren Dokumentationsaufwand. Während andere medizinische Bereiche Nachweisaufwand nur für einzelne, pflegesensitive Bereiche wie z. B. Intensivstationen und dort auch nur für eine einzelne Berufsgruppe, die „Pfleger“, nachzuweisen haben, müssen die psychiatrischen Einrichtungen diesen Aufwand umfassend betreiben, das gesamte psychiatrische Krankenhaus quasi als Hyperintensiv-Einrichtung.** Zeiterfassungsprogramme, die stationsgenaue Anwesenheiten über Dienstpläne festhalten, gehören jedoch nicht für alle therapeutischen Berufsgruppen zum Standard. Im Gegenteil richten sich moderne, indikationsspezifische Angebote, etwa im Bereich der Spezial- und Bewegungstherapie, in aller Regel an Patientinnen und Patienten vieler Stationen. Der Logistik- und *Dokumentationswahnsinn* einer Verteilung dieser Arbeitsstunden auf die Dienstpläne einzelner Stationen wird deutlich. Insbesondere ist zu kritisieren, dass in den 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 bzw. verbessert werden sollte. 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 MD entsprechend prüfbare Unterlagen zur Verfügung stellen zu können.

Kritisch zu beurteilen ist auch 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 in einigen Berufsgruppen 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 Ausfallquoten.

Hieraus muss sich ein rechtssicherer Refinanzierungsanspruch für die Budgetverhandlung auf Ortsebene 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 und die Gewährleistung leitliniengerechter Diagnostik und Therapien nicht gewährleisten. So müsste der rechtsverbindliche Refinanzierungsanspruch des Stellenkontingentes auf der Budgetebene mindestens 10-15% oberhalb der Mindestvorgaben angesetzt werden, um unvermeidbare Schwankungen in der Belegung ausgleichen zu können.

Tatsächliche Qualitätsverbesserungen lassen sich nur durch eine gesicherte Finanzierung erreichen. Im derzeitigen Hybrid zwischen strikter 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. Dies wird vor allem an den Standorten in Deutschland stattfinden, 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 mitzeichnenden Verbände fordern 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 und auf die gesamte Einrichtung bezogen werden**, um dezentrale, wohnortnahe Strukturen nicht systematisch von vornherein zu benachteiligen oder zu verhindern.
- Stationsbezogene Nachweispflichten sind aufzuheben und damit auch 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, personalkostensteigernd wirkt und die Not der Kliniken ausnutzt.
- Förderung von Pflichtversorgung (höhere Finanzierungsansprüche) und Aussetzen des Vergütungsausschlusses für Pflichtversorgung 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 werden 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 die Patientinnen und Patienten, denen die vorliegende Richtlinie letztlich nur eines garantieren kann: Die altbekannte Station.