

Bonn, 24.06.2019

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik“ vom 08.05.2019

Die Aktion Psychisch Kranke (APK) begrüßt ausdrücklich die Initiative des Gesetzgebers im Rahmen des PsychVVG die Personalausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser sicherzustellen und den GBA zu beauftragen zur Sicherung der Qualität der Versorgung verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser festzusetzen. Die psychiatrischen Krankenhäuser sind ein wichtiger Baustein im psychiatrischen Versorgungssystem. Eine qualitativ und quantitativ gute Personalausstattung ist die zentrale, notwendige Bedingung, um die Versorgungsaufgaben der psychiatrischen Krankenhäuser, ausgerichtet auf den Behandlungsbedarf der Patientinnen und Patienten, erfüllen zu können.

Der GBA ist nicht beauftragt, Personaluntergrenzen zu entwickeln, ab denen möglicherweise die Patientensicherheit gefährdet ist, sondern qualitative Mindestvorgaben (Qualitätsstandards) für die Personalausstattung stationärer Einheiten festzulegen. Die einseitige Interpretation des Auftrages aus dem PsychVVG durch den G-BA und die Fixierung auf sanktionsbewehrte Untergrenzen wird von der APK in Frage gestellt.

Die APK geht davon aus, dass Personalvorgaben vorrangig orientiert an den Anforderungen der zu behandelnden Patientinnen und Patienten und den daraus zu beschreibenden Aufgaben des Personals entwickelt werden müssen. Dabei sind die Anforderungen an den Kriterien zu messen, psychiatrische Krankenhäuser auf der Basis von Kompetenz, Vertrauen, Empathie, Vermeidung von Zwang und unter den Bedingungen von definierter Versorgungsverpflichtung durchzuführen. Dabei ist zu beachten, dass Vermeidung von Zwang personellen Einsatz bedingt.

Der vorgelegte Entwurf des GBA zur Mindestpersonalausstattung erfüllt die Zielsetzung des Gesetzgebers – Sicherstellung einer quantitativ und qualitativ guten Personalausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser – nur ansatzweise.

Zusammenfassung: Vorschlag der APK

1. Die bestehende PsychPV als Referenzgröße für die qualitativen Mindestvorgaben wird in einer ersten Stufe zum 1.1.2020 angepasst (PsychPV 2.0):
 - a. Die Minutenwerte (Anlage 2 S. 50) werden entsprechend dem Votum der Patientenvertreter im GBA angelehnt an die Schussenrieder Tabellen an die veränderten Bedingungen der Leistungserbringung in den Krankenhäusern (z.B. Fallzahlen) angepasst.
 - b. Die Patienteneinstufungskategorien werden - wie von allen Fraktionen des GBA vorgeschlagen - vereinfacht. Die Bereiche 3 (rehabilitative Behandlung) und 4

(längerfristige Behandlung) entfallen. Mit dem Bereich 5 wird (vorläufig) der Personalbedarf der psychosomatisch-psychotherapeutisch orientierten Einrichtungen ermittelt. Ein Bereich 9 (stationsäquivalente Behandlung) wird zusätzlich definiert.

- c. Die Minutenwerttabelle für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird analog - angelehnt an die Schussenrieder Tabellen - angepasst. Im Bereich der Gerontopsychiatrie sind besondere Bedarfe zu berücksichtigen.
2. Die PsychPV 2.0 als Referenzgröße für die qualitativen Mindestvorgaben wird durch den GBA unter Einbeziehung von Experten aus der psychiatrischen Versorgung regelmäßig weiterentwickelt und angepasst. Dabei sind in zukünftigen Stufen innovative Modelle und die Entwicklungen im Bereich der Psychotherapie zu berücksichtigen.
3. Vom Gesetzgeber wird in der Bundespflegesatzverordnung klargestellt, dass bei der Budgetfindung die Referenzgröße PsychPV 2.0 die „für die Ausstattung mit dem für die erforderlichen therapeutischen Personal (BPfIV §3 Abs. (3) Nr.5) relevant ist.
4. Die formulierten Ausnahmetatbestände in Bezug auf Nichterfüllung sind zielführend, sollten aber auch Aspekte des Fachkräftemangels und diesbezüglich regionale Gegebenheiten aufgreifen. Wenn die Ausnahmetatbestände nicht greifen, sind nach § 137 SGB V gestufte Sanktionsmaßnahmen als Bezugsrahmen in den Richtlinien nach § 92 SGB V festzulegen. Bei der Abstufung der Sanktionsmaßnahmen muss der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit bzw. die Verlässlichkeit des Angebotes gewahrt werden. Der Schutz von Patientinnen und Patienten muss oberstes Gebot sein. Kurzfristige Schließungen von Stationen sind nicht vertretbar.
5. Die APK begrüßt die Vorgabe, dass die qualitativen Mindestvorgaben der Personalausstattung in ein Behandlungsangebot umgesetzt werden sollen. Die von der GKV und der Patientenvertretung genannten Ziele werden alle von der APK geteilt. Die APK schlägt vor, diese noch um die Ziele „individuelle personenbezogene Koordination mit anderen Leistungserbringern und mit Personen des Lebensumfelds der Patientinnen und Patienten“ zu ergänzen.
6. Die APK schlägt vor, in einer PsychPV 2.0 bereits zum 1.1.2020 als eigene Personalgruppe, Genesungsbegleiter aufzunehmen und somit den Peer-Einbezug in der psychiatrischen Behandlung auch formal zu unterstützen.

Erläuterung:

1. Die APK unterstützt ausdrücklich die Einschätzung bzw. die Position der DKG und der GKV, dass für die seit 1991 bestehende PsychPV aktuell sowohl national als international keine überlegene Alternative zur Verfügung steht. Die PsychPV ist die derzeit beste, empirisch erprobte und bewährte Regelung zur Sicherstellung zur Personalausstattung psychiatrischer Krankenhäuser.

2. Die APK begrüßt, dass der GBA einhellig eine kontinuierliche Weiterentwicklung der PsychPV für geboten hält. Ein zentrales Defizit der bisherigen PsychPV lag darin, dass die Regelung weder quantitativ (Minutenwerte) noch qualitativ (Patientengruppen) an die Weiterentwicklung des Faches Psychiatrie und der psychiatrischen Versorgung angepasst wurde. Es fehlte bisher ein Mechanismus zur Anpassung der PsychPV in definierten Zyklen.
3. Die jetzt vorgeschlagene Entwicklung der Anpassung und Fortschreibung ist zielführend und wird nachhaltig das System an die Erfordernisse der psychiatrischen Versorgung und den medizinischen Fortschritt anpassen. Aktuell vorgeschlagene Modelle können in einem solchen Prozess Schritt für Schritt realisiert werden, ohne dass es zu Brüchen in der Versorgung kommt.
4. Der von DKG und GKV einhellig vorgeschlagene „erste Schritt“ für die Anpassung der PsychPV für 2020 ist dagegen inakzeptabel. Die seit 1991 nicht mehr angepassten Minutenwerte sind „hoffnungslos“ veraltet.
5. Da derzeit keine ausgearbeitete Alternativen bestehen, schließt sich die APK dem Vorschlag der Patientenvertreter im GBA an, die Minutenwerte in Anlehnung an die „Schussenrieder Tabelle“ ab 01.01.2020 zur Grundlage der qualitativen Mindeststandards bzw. der Personalbedarfsermittlung im Budgetfindungsprozess zu definieren (PsychPV 2.0) und diese Werte im Rahmen des kontinuierlich weiterentwickelten Systems regelmäßig anzupassen. Die Besonderheiten des Personalbedarfs in der Psychosomatik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in Anlehnung an die Schussenrieder Tabellen zu berücksichtigen.
6. Die APK befürwortet die Anpassung der Patientengruppen wie vom GBA vorgeschlagen: Streichung der Kategorien A3, S3, G3 und A4, S4, G4. Die Abbildung des Personalbedarfs im Bereich der Psychosomatik und Psychotherapie in den Kategorien A5, S5, G5 ist zunächst zielführend, sollte aber im Weiterentwicklungsprozess überprüft werden. Eine eigene Kategorie Psychosomatik (PSM) neben den Kategorien A, S und G analog zu den Regelungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie wäre langfristig sicher adäquater und würde auch die Unterscheidung nach Regel- und Intensivversorgung im Bereich der Psychosomatik erlauben.
7. Stationsäquivalente Behandlung ist auch in den Bereichen S und G als Bereich S9 und G9 vorzusehen.
8. Die APK begrüßt, dass für die tatsächliche Realisierung der Personalstandards mehr Transparenz geschaffen werden soll. Bezugsgröße muss jedoch immer die jahresdurchschnittliche Besetzung der Personalstellen des gesamten Krankenhauses sein. Diese Form des Nachweises hat sich beim sogenannten PsychPV-Nachweis seit 2018 bereits bewährt und sichert die Berücksichtigung der Ergebnisse in den jährlich stattfindenden Pflegesatzverhandlungen auch in Richtung Mehrbedarf. Unterjährige Nachweise bergen die Gefahr, dass bei Überbelegung zwar Sanktionen ausgelöst werden, die notwendige Mehrausstattung dann aber

auf spätere Pflegesatzverhandlungen vertagt wird. Eine weitere Detaillierung und Segmentierung des Nachweises wie von der GKV gefordert, (Nachweis der Personalbesetzung einer einzelnen Station) würde die Gestaltungsmöglichkeiten des Krankenhauses erheblich einschränken und die Versorgung bzw. die Anpassung an die individuellen Behandlungsbedürfnisse und an regionale Besonderheiten erschweren.

Ergänzende Kommentierungen:

Zu § 1 Abs. 3:

Die APK begrüßt die Verpflichtung des G-BA zur Weiterentwicklung dieser Richtlinie. Die APK empfiehlt, eine konkrete Zeitvorgabe in der Richtlinie zu benennen. Wenn die Zeitvorgabe im Vorschlag der DKG zu eng bemessen scheint, sollten andere Zeitvorgaben genannt sein.

Begründung: Ohne konkrete Zeitvorgaben besteht das Risiko, dass sich die Vereinbarungspartner nicht einigen, wann das Ziel erreicht werden soll.

Zu § 2 Abs. 1:

Die APK begrüßt grundsätzlich, dass die Mindestvorgabe jederzeit erfüllt sein muss. Gleichwohl ergeben sich im Verlauf eines Jahres Situationen, in denen das Krankenhaus ohne eigenes Verschulden nicht in der Lage ist, die Vorgabe einzuhalten. Die Versorgungsverpflichtung kann zu temporären Überbelegungen von Stationen und damit zu Unterschreiten der Personaluntergrenzen zwingen. Der Fachkräftemangel, der auch mittelfristig nicht zu beseitigen sein wird, ist einer der hier zu berücksichtigenden Aspekte. Daher empfiehlt die APK, im Vorschlag von GKV-SV/PatV/u.a. das Wort „jederzeit“ zu streichen. Zusätzlich müssen Abweichungen definiert werden, die ohne Sanktionen bleiben, z.B. kurzfristige Unterschreitungen bei Überbelegungen, während der Personalsuche etc.

Eine Personalmindestvorgabe darf nicht verstanden werden als allgemein immer ausreichender Qualitätsstandard. Zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung kann eine höhere Personalausstattung erforderlich sein.

Zu § 2 Abs. 2:

Ein Behandlungsausschluss bei Unterschreiten der Mindestvorgaben, wie von dem GKV-SV in einer engen, nicht sachgerechten Auslegung des §137 SGB V vorgeschlagen wird, ist nicht realisierbar und nicht sachgerecht, zumal es in den meisten Einrichtungen mit dem Auftrag der Pflichtversorgung kollidiert. Zwingend erforderlich wäre ein gestuftes Verfahren, das z.B. bei notwendiger temporärer Überbelegung auch regelt, wie zusätzliches Personal finanziert wird. Die Bezugsgröße „Station“ und der Nachweisezeitraum

„Monat“ würden dem Krankenhaus jede Möglichkeit nehmen, seine Versorgungsverpflichtung gerecht zu werden.

Formulierungsvorschlag: **Absatz 2 streichen.**

Zu § 2 Abs. 5:

Die Personalmindestvorgabe sollte möglichst ununterbrochen eingehalten werden. Der kalendermonatliche Nachweis pro Station ist jedoch zu eng gefasst. Der derzeit praktizierte jahresdurchschnittliche Nachweis auf Krankenhausebene im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen hat sich bewährt.

Begründung: Der Vorschlag des GKV-SV/PatV/DPR, den Nachweis monatlich stationsbezogen zu führen, ist zu eng gefasst. Monatliche Abweichungen entstehen schon aus alltäglichen Gründen, wie Krankheit, Urlaub etc., die z.B. mit spontanen Kündigungen, Arbeitsverboten während Schwangerschaften etc. zusammentreffen können und bei jeder temporären Überbelegung einer (Akut) Station.

Resultiert die Unterschreitung von Personalmindestvorgaben aus versorgungsbedingten Überbelegungen, muss auch die Möglichkeit zu einer bedarfsgerechten Aufstockung des Personals gegeben sein. Dies ist nach bestehender Vergütungslogik nur im Rahmen der jährlichen Pflegesatzverhandlungen möglich.

Formulierungsvorschlag: Übernahme der DKG Formulierung

Zu §3 / 4 Abs 1 und 2bs. 1:

Der Verzicht auf die bisherigen Behandlungsbereiche A3, A4, S3, S4, G3, G4, KJ4 und KJ5 wird befürwortet.

Stationsäquivalente Behandlung findet nicht nur im allgemein- sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich, sondern auch im Sucht- und im gerontopsychiatrischen Bereich statt. Deshalb sollten Kategorie S9 und G9 eingeführt werden.

Formulierungsvorschlag:

- **Behandlungsbereiche A4, S4 und G4 streichen**
- **Bezeichnung der Bereiche A5, S5 und G5 als Psychotherapie**
- **Zusätzliche Aufnahme der Bereiche: S9 Stationsäquivalente Behandlung Sucht und G9 Stationsäquivalente Behandlung Gerontopsychiatrie**
- **Bereich KJ4 und KJ5 streichen**

Zu § 6 Abs. 5 (DKG)/§ 7 GKV-SV/PatV):

Die APK teilt nicht die Auffassung der DKG, dass die Gesamtstundenzahl je Berufsgruppe mit dem Faktor 0,8 zu multiplizieren sei.

Begründung: jede unbefristete Vorgabe, dass weniger als 100 Prozent des Personals als Mindestausstattung ausreichend sind, wird von den Vertragsparteien vor Ort in den Budgetverhandlungen zur Begründung nicht ausreichender Ausstattung dienen. Es ist damit zu rechnen, dass Krankenhäuser, die den vollen Wert erreichen wollen, dann auf die 0,8 Grenze verwiesen werden. Umgekehrt könnten Häuser, die nur 0,8 umsetzen wollen, nicht von Dritten auf 100 Prozent verpflichtet werden. Wenn 100 Prozent erreicht werden sollen, müssen auch diese normiert werden. Übergangsfristen sind notwendig, werden aber an anderer Stelle geregelt.

Würde dem Vorschlag der DKG gefolgt, müssten die Minutenwerte der PsychPV auf 125 % angehoben werden, um die derzeit gesetzlich verbindliche Personalausstattung nach (100%) PsychPV sicher zu stellen.

Zu § 7 Abs. 2 (DKG-Vorschlag) zugleich Anlage 4 nach GKV-SV/PatV:

Die APK begrüßt grundsätzlich die Möglichkeit, Berufsgruppen untereinander anzurechnen. Die gegenseitige Anrechnung von Ärzten und Psychologen (a und c) wird geteilt. Die gegenseitige Anrechnung von Pflegekräften, Spezialtherapeuten und Sozialarbeitern wird nicht geteilt. Pflegekräfte sind nicht durch Sozialarbeiter zu ersetzen und umgekehrt.

Die APK empfiehlt, nur die Berufsgruppen a und c sowie d und e als gegenseitig anrechenbar zu bezeichnen.

Zu § 8 (DKG) Minutenwerte Tagdienst:

Für die Behandlungsgruppen 9 (stationsäquivalente Behandlung) sollen keine Minutenwerte vorgegeben werden. Der Bedarf und dementsprechend die Leistungserbringung im stationsäquivalenten Bereich ist sehr heterogen und wechselt oft von Tag zu Tag. Hier sind alternative Abrechnungsmodelle vorzuziehen.

Formulierungsvorschlag: Übernahme von Satz 2 in der DKG Formulierung in die Richtlinie

Zu § 11 (GKV-SV)/§ 13 PatV:

Die APK teilt die Aufnahme von Genesungsbegleitern in der Richtlinie zu verankern. Auch ihre Zusätzlichkeit begrüßt die APK. Es wäre nach einer Übergangszeit zu prüfen, ob aus der Soll-Vorschrift eine Muss-Vorschrift im Sinne einer Personalmindestvorgabe werden kann. Ferner wäre zu erwägen, ob der Begriff „Genesungsbegleiter“ definiert

wird. Im allgemeinen Sprachgebrauch werden darunter Menschen mit eigener persönlicher Erfahrung mit einer psychischen Beeinträchtigung und mit dem psychiatrischen Hilfesystem verstanden.

Aus Sicht der APK sollten Genesungsbegleiter grundsätzlich als Berufsgruppe in die Personalbemessung aufgenommen werden. Geeignet erscheint analog zum Stationssockel eine Bemessung pro Station z.B. in Form einer halben Stelle (1100 min.)

Zu § 12 (GKV-SV) / § 14 PatV:

Die APK begrüßt die Vorgabe, dass die Mindestvorgaben der Personalausstattung in ein Behandlungsangebot umgesetzt werden sollen. Die genannten Ziele werden alle von der APK geteilt. Die APK schlägt vor, die genannten Ziele noch um die Ziele „individuelle personenbezogene Koordination mit anderen Leistungserbringern und mit Personen des Lebensumfelds der Patientinnen und Patienten“ zu ergänzen.

Begründung: Gerade bei psychisch erkrankten Menschen ist die Einbeziehung des sozialen Umfelds, insbesondere der Familie, und der anderen Leistungserbringer, die möglicherweise mit den Patientinnen und Patienten zu tun haben, von herausragender Bedeutung für den Genesungsprozess und das Entlassmanagement, auch im Rahmen von sektorübergreifender Hilfeplanung. Zur Stärkung der konzeptionellen Vorgaben für ein Behandlungsangebot muss diese Aufgabe sowohl konzeptionell beschrieben werden, als auch in der Anlage 4 in den Aufgaben verankert werden

Zu §9 (DKG) / 13 Abs. 1 und 2 Ausnahmetatbestände:

Von den verbindlichen Mindestvorgaben muss in Notfällen abgewichen werden können:

- bei überdurchschnittlichen krankheitsbedingten Personalausfällen
- bei starker unvorhersehbarer Erhöhung der Patientenzahlen
- bei gravierenden strukturellen oder organisatorischen Veränderungen in der Einrichtung.

Diese Ausnahmetatbestände sind jedoch zeitlich zu begrenzen.

Formulierungsvorschlag: Die von der DKG vorgeschlagenen Formulierungen werden in die Richtlinie aufgenommen

Zu §10/14/16 Nachweisverfahren (vgl. Kommentar zu § 8 GKV):

Die Nachweise sind jahresdurchschnittlich für die gesamte Einrichtung zu führen. Weitere Segmentierungen und Differenzierungen sind nicht zielführend und erhöhen den bürokratischen Aufwand.

Formulierungsvorschlag: Die von der DKG vorgeschlagenen Formulierungen in Abs.1, 2, 3, 5, 8, 9 werden in die Richtlinie aufgenommen.

Zu § 12 DKG / § 17 GKV-SV / § 19 PatV:

Das von der DKG vorgeschlagene Prozedere eines gestuften Verfahrens hat sich in anderen Bereichen bewährt.

Formulierungsvorschlag: Übernahme der DKG Formulierung

Zu §13 (DKG) /18/20 Anpassung der Richtlinie

Ein wesentliches Problem der PsychPV war, dass sie nicht regelmäßig und strukturiert an die Veränderungen der Leistungserbringungen und des medizinischen Fortschritts angepasst wurde. Der G-BA sollte die jetzige Richtlinie zur Mindestpersonalausstattung nutzen, um einen definierten, zeitlich festgelegten Prozess der Überarbeitung der Richtlinie festzulegen. Dabei sollte festgelegt werden, dass ein strukturierter Dialog mit Experten und Fachverbänden stattfindet. Ein zweijähriger Rhythmus der Überprüfung erscheint angemessen.

Formulierungsvorschlag:

Abs.1: Die von der BPtK vorgeschlagenen Formulierungen werden in die Richtlinie aufgenommen

Abs.2 DKG: Eine entsprechende Überprüfung findet **jährlich**, beginnend mit dem Erfassungsjahr 2020 statt. Sollte der GBA feststellen, dass die Anpassung der Richtlinie notwendig ist, hat diese möglichst bis zum 31.12. **des Folgejahres** stattzufinden.

Abs. 3 Die von der DKG vorgeschlagenen Formulierungen werden in die Richtlinie aufgenommen

Abs. 4 Die von der DKG vorgeschlagenen Formulierungen werden in die Richtlinie aufgenommen

Zu § 15 DKG / § 20 GKV-SV / § 22 PatV:

Die APK unterstützt grundsätzlich die Position der Patientenvertretung.

Zur Anlage 1: Eingruppierungsempfehlungen

Die Gruppen S9 und G9 stationsäquivalente Behandlung sind zusätzlich aufzunehmen.

Zur Anlage 2: Minutenwerte

Die unveränderte Fortschreibung der 30 Jahre alten Minutenwerte der PsychPV zum 01.01.2020 ist inakzeptabel. Einzig die von der Patientenvertretungsseite vorgeschlagenen Minutenwerte sind geeignet die bekannten Veränderungen (Beispielsweise Fallzahlen, kürzere Verweildauer, stark gestiegener Dokumentationsaufwand, zunehmende Bedeutung der Psychotherapie, usw.) in einem ersten Schritt zu berücksichtigen. Fundierte Expertenschätzungen zum Mehrbedarf liegen vor und sind beispielsweise in den Schussenrieder Tabellen zu einem in sich konsistenten System verarbeitet worden. Eine Minutenwerttabelle, die unter den von den Patientenvertretungen vorgelegenen Anhaltzahlen liegt, ist weder den Mitarbeitenden der psychiatrischen Einrichtungen noch den Vertretern der Patienten und Angehörigen zu vermitteln.

Grundsätzlich begrüßt die APK den Vorschlag der PatV und schließt sich deren Begründung in den Tragenden Gründen an.

Die APK schlägt vor, den Begriff „Diplompsychologen“ in den Spaltenbezeichnungen durch „Psychologische Psychotherapeuten“ zu ersetzen.

Begründung: Die Berufsbezeichnung „Diplompsychologen“ ist nicht mehr zeitgemäß. Seit einigen Jahren werden an deutschen Hochschulen Psychologen nur noch in Bachelor- und Masterstudiengängen ausgebildet. Insofern müssten auch diese Berufsabschlüsse genannt werden. Erforderlich ist jedoch vorrangig die psychotherapeutische Kompetenz. Daher muss sich diese in der Approbation abbilden. Die hier vorgeschlagene Lösung bedarf einer Überprüfung, wenn die Ausbildung psychologischer Psychotherapeuten gesetzlich neu geregelt wird.