



Stellungnahme der DGGPP zum

Beschlussentwurf des G-BA über eine Erstfassung der Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik

Grundlegende Bewertung des Richtlinienentwurfs

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und – psychotherapie (DGGPP) lehnt den vorgelegten Richtlinienentwurf grundsätzlich ab, da er dem gesetzlichen Auftrag, wie er im §136a Abs.2 SGB V festgelegt ist, nicht gerecht wird. Die der Personalbemessung zugrunde liegenden Minutenwerte müssen bereits in der ersten Stufe an die aktuellen medizinischen, rechtlichen und ethischen Standards angepasst werden. Die Richtlinie muss eine Festschreibung ihrer Weiterentwicklung zu einem den Erfordernissen des 21. Jahrhunderts entsprechenden Personalbemessungssystem enthalten. Sanktionen bei Nichterfüllung, die die wohnortnahe psychiatrische Versorgung gefährden, müssen gestrichen werden. Die DGGPP schließt sich dabei in weiten Teilen der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde an. Zusätzlich stehen für unsere Fachgesellschaft jedoch besondere Bedarfe psychisch kranker älterer Menschen im Vordergrund, für die aufgrund der neueren Erkenntnisse in Behandlung und Versorgung aus den letzten 15 Jahren besondere personelle Bedarfe bestehen (vgl. etwa die zusätzlichen Bedarfe für die neu in der S3-Leitlinie Demenz aufgenommenen ergo-, (neuro)psycho-, sozio- und bewegungstherapeutischen Verfahren).

Ablehnung wegen Beibehaltung der PsychPV statt Leitlinienorientierung

Der Richtlinienentwurf schreibt die durch die medizinische und psychiatrische Entwicklung der letzten 30 Jahre überholten Personalvorgaben der Psychiatriepersonalverordnung von 1990 fest. Damit wird dem gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der für eine adäquate Behandlung erforderlichen Qualität nicht entsprochen. Insbesondere in der Gerontopsychiatrie ist die auf einer Durchschnittsverweildauer von 61 Tagen und im Vergleich zu heute deutlich anderen Bedingungen psychiatrischer Behandlung basierende Personalbemessung der PsychPV schon lange überholt. Hier sind Anpassungen in der Zeitbemessung für den Ärztlichen und Psychologischen Dienst, Sozialarbeit und Therapeuten dringend erforderlich. Gerade unter den Bedingungen des demografischen Wandels ist eine Autonomie erhaltende und wiederherstellende Behandlung auch bei alten Menschen ein zentrales Qualitätskriterium. Es gibt keine fachliche Begründung für einen in diesen Berufsgruppen geringeren Personalaufwand als in z.B. der Suchtpsychiatrie.

Auch in den Schussenrieder Tabellen wurde diese Benachteiligung gerontopsychiatrisch eingestufte Pat. nicht korrigiert. Gleichzeitig ist fachlich klar, dass sich die Behandlung alter psychisch Kranker nicht auf eine aktivierende Pflege reduzieren lassen kann. Gerade im Bereich der hirnorganischen Erkrankungen ist eine aufwendige differenzierte Diagnostik und Therapie ebenso erforderlich wie die psychotherapeutische Betreuung von Pat. und Angehörigen und die Unterstützung bei psychosozialen Problemen. Diese ist sowohl für Demenzerkrankungen und affektive Störungen wie Delirien und andere häufige gerontopsychiatrische Krankheitsbilder leitliniengerecht und reflektiert die wissenschaftliche und klinische Entwicklung der letzten 15 Jahre. Da es sich um eine Übergangsregelung handeln soll, schlagen wir statt empirisch nicht beleg-

Geschäftsstelle

DGGPP e.V.
Postfach 1366
51657 Wiehl
Tel.: 02262/797683
Fax: 02262/999 9916
GS@dggpp.de

Vorstand

Prof. Dr. med. Dr. phil. M. Rapp
Potsdam
Präsident

Prof. Dr. med. H. Gutzmann
Berlin
Past Präsident

Prof. Dr. med. T. Supprian
Düsseldorf
Vizepräsident

Dr. med. R.A. Fehrenbach
Saarbrücken
Schatzmeisterin

Dr. med. S. Kreisel
Bielefeld
Schriftführer

Beisitzer

Prof. Dr. med. G. Adler
Mannheim

Dr. med. B. Baumgarte
Gummersbach

Dr. med. K. M. Perrar
Köln

A. Richert
Berlin

PD Dr. med. Ch. Thomas
Stuttgart

Erweiterter Vorstand

PD Dr. med. J. Benninghoff
Haar

Prof. Dr. med. J. Priller
Berlin

Wissenschaftl. Beirat

Prof. Dr. med. H. Förstl
München

Prof. Dr. med. G. Heuft
Münster

Prof. Dr. med. S. Kanowski
Berlin

Prof. Dr. med. H.-J. Möller
München

Prof. Dr. med. H. Radebold
Kassel

www.dggpp.de



ter Erhöhungen einzelner Minutenwerte, wie sie die GKV und PatV vorschlagen, eine pragmatische Lösung vor. **Für den Übergang ist aus Sicht der DGGPP eine lineare Erhöhung der Minutenwerte in mehreren Stufen um 15% für alle und darüberhinaus für G eine Anpassung der Minutenwerte aller Berufe außer der Pflege an A erforderlich.**

Im Einzelnen:

Ablehnung wegen fehlender Entwicklung eines patientenbedarfsgerechten Personalbemessungsmodells.

Der gesetzliche Auftrag beinhaltet die Entwicklung einer adäquaten Personalbemessung für eine leitliniengerechte Behandlung. Dafür ist die Festschreibung einer Weiterentwicklung und der Anforderungen daran in der PPP-RL unbedingt erforderlich.

Ablehnung wegen Personaluntergrenze statt Personalmindestausstattung

Die Krankenkassen schlagen statt einer Personalmindestausstattung Personaluntergrenzen vor. Personaluntergrenzen können nützlich sein, um die Sicherheit in der stationären Versorgung zu gewährleisten, sind aber nicht geeignet, um die Qualität der psychiatrischen Behandlung sicherzustellen. Der gesetzliche Auftrag erfordert die Definition einer Personalmindestausstattung.

Ablehnung wegen stationsbezogenem, monatlichem Nachweis und Abrechnungsausschluss als Sanktion bei Unterschreiten der Personaluntergrenzen

Unter den Bedingungen der Pflichtversorgung kommen Psychiatrische Kliniken unter Umständen in die Situation, Patienten auch bei Unterschreiten der Personaluntergrenzen behandeln zu müssen, diese Behandlung aber nicht abrechnen zu können. Wenn die Sicherheit auf einer Station oder in einer Klinik wegen Personalmangels nicht mehr gewährleistet werden kann, müssen auch heute vorübergehend Betten gesperrt werden. Wirtschaftliche Sanktionen trotz unter hohem Einsatz des vorhandenen Personals erbrachter Leistungen sind in dieser Situation nicht akzeptabel. Hier sind politische Lösungen erforderlich. Ein stationsbezogener monatlicher Nachweis würde einen nicht mehr zeitgemäßen strengen Stationsbezug festschreiben und die gerade in der Psychiatrie zur Qualität der Versorgung erforderliche Flexibilität der Konzepte und den bedarfs- und situationsbegründeten flexiblen Einsatz von Personal erheblich beeinträchtigen. Auch dies ist mit einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Versorgung nicht vereinbar. Letztlich droht insbesondere wohnortnahen kleinen psychiatrischen Pflichtversorgungseinrichtungen eine Schließung aus ökonomischen Gründen, wenn die Sanktionen in der vorliegenden Form umgesetzt werden. Dies betrifft insbesondere auch ländliche und strukturschwache Regionen.

Zusammenfassung der Gründe für die Ablehnung des Richtlinienentwurfs

Der Richtlinienentwurf entspricht in wesentlichen Punkten nicht den politischen und gesetzlichen Vorgaben. Die Sicherung einer leitliniengerechten Behandlung und damit der Qualität für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung ist auf der Grundlage dieses Entwurfs nicht möglich. Wenn dieser Entwurf umgesetzt wird, ist statt dessen mit einer Verschlechterung der Qualität zu rechnen.

Erforderliche Veränderungen des Richtlinienentwurfs

Anpassung der Personalmindestvorgaben an die aktuellen medizinischen Standards

Wenn die PsychPV als Grundlage für eine erste Stufe der Entwicklung eines für das 21. Jahrhundert adäquaten Personalbemessungsinstruments dienen soll, ist auch für den Übergang eine quantitative Erhöhung als Annäherung an die aktuellen Standards einer leitlinien- und menschenrechtsgerechten Behandlung erforderlich. Aus unserer Sicht bedeutet dies die Aufstockung der PsychPV-Minutenwerte um 15% plus eine weitere Anpassung der Minutenwerte für den Ärztlichen und Psychologischen Dienst, Sozialarbeit und Therapeuten im „G“-Bereich auf die Standards der Allgemeinpsychiatrie.

Für die Anpassung an die aktuellen medizinischen und rechtlichen Standards ist in einer zweiten Stufe die Entwicklung eines zeitgemäßen Personalbemessungsmodells erforderlich.



Festlegung zur Weiterentwicklung der Richtlinie

Die Richtlinie muss enthalten, dass mit einem verbindlichen Zeitplan in einer zweiten Stufe ein den aktuellen Bedingungen entsprechendes und zukunftsfähiges Personalbemessungsinstrument entwickelt wird, das geeignet ist, eine leitliniengerechte Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken zu gewährleisten.

Differenzierung zwischen „Personaluntergrenze“ und „Personalmindestvorgaben“

Die Richtlinie muss den Unterschied zwischen Personalmindestvorgaben für eine leitliniengerechte Behandlung und einer Personaluntergrenze für die Gewährleistung der Sicherheit klarstellen.

Beachtung der Versorgungsqualität auch im Bereich der Sanktionen

Dezentralisierung, Wohnortnähe und Begrenzung der Größe therapeutischer Einheiten sowie die Flexibilisierung von Behandlungskonzepten hin zu am Patientenbedarf orientiertem Personaleinsatz in unterschiedlichen Settings und Strukturen würden durch vorwiegend ökonomische Sanktionen und einen stationsbezogenen monatlichen Personalnachweis gefährdet. Insbesondere in strukturschwachen Gebieten wäre die Existenz vor allem von kleinen Kliniken bedroht und einer Rezentralisierung der psychiatrischen Versorgung würde Vorschub geleistet. Sanktionen sollten auf die Unterstützung beim Erreichen von Qualität ausgerichtet sein.

Ausführliche Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie

Einleitung

Die Psychiatrie befindet sich seit der Psychiatrie-Enquête in einem kontinuierlichen Veränderungsprozess. Eckpunkte sind der medizinisch-technische Fortschritt, sich ändernde psychiatrische Krankheitskonzeptionen und daraus resultierende Entwicklungen von neuen Therapien, und sich ändernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die sich auf die gesamte Medizin, aber auf die Psychiatrie, die als einziges medizinisches Fach mit staatlichen Hoheitsaufgaben belehnt ist, in besonderer Weise auswirken. Die auch volkswirtschaftliche Bedeutung von Autonomie und Befähigung zur Selbstfürsorge der Kranken einerseits und durch demografische Veränderungen schwindende Ressourcen andererseits lassen die im 20. Jhd. entwickelten Organisationsstrukturen der psychiatrischen Versorgung von Errungenschaften der Psychiatrie-Enquête zunehmend zu einer teuren Zwangsjacke werden und erfordern eine grundsätzliche Neustrukturierung. Beispiele sind u.a. die zwischen den SGB-Bereichen wechselnden Kostenträger, die versuchen, in jeweils ihrem Bereich zu Lasten der Gesamtheit zu sparen; eine sektorübergreifende Behandlung in einer Behandlungsepisode und damit die Ambulantisierung behindernde Falldefinitionen des SGB V; von der Verortung des Leistungserbringers abhängige unterschiedliche Vergütungen der selben Leistung – die Liste ließe sich fortsetzen.

Eine Neustrukturierung kann nur durch politische Entscheidungen auf der Basis einer fachlichen Beratung und Begleitung durch die in die Versorgung involvierten Verbände als Vertretung von Patient*innen, Angehörigen und Bezugspersonen, Berufsgruppen und Trägern und Kostenträgern umgesetzt werden. Der Gesetzgeber hat die Notwendigkeit einer solchen Neustrukturierung auch erkannt, und dazu einen Psychiatrie-Dialog initiiert. Alle Entscheidungen, die die Versorgungsstruktur unmittelbar und mittelbar beeinflussen, sollten vor dem Hintergrund dieser notwendigen Neustrukturierung danach beurteilt werden, ob sie Flickwerk an Lücken darstellen oder zukunftsweisende Entwicklungen bahnen. Eine Richtlinie für die Personalbemessung in der stationären Psychiatrie gehört mit Sicherheit zu den die Versorgungsstruktur beeinflussenden Faktoren.

Zu den rechtlichen Rahmenbedingungen

§ 136a Abs. 2 SGB V enthält einerseits den Auftrag, verbindliche Mindestvorgaben für die Behandlung festzulegen, andererseits den Auftrag der Qualitätssicherung und der Evidenzbasierung und einer leitliniengerechten Behandlung. Diese beiden Aufträge stehen für die psychiatrischen Kliniken mit Versorgungsverpflichtung und damit Aufnahmeverpflichtung in bestimmten Situationen in einem Spannungsverhältnis zueinander. Mindestvorgaben für die Behandlung können als Untergrenze verstanden wer-



den, unterhalb derer die Sicherheit von Patient*innen und Mitarbeiter*innen nicht mehr gewährleistet werden kann. Für die Sicherung von Qualität in der Psychiatrie und eine leitliniengerechte Behandlung sind deutlich höhere Personalanhaltszahlen erforderlich.

Zu den Grundsätzen

Dem Doppelauftrag des §136a SGB V – einerseits verbindliche Mindestanforderungen festzulegen, andererseits eine leitliniengerechte Therapie zu ermöglichen – wird die von der DKG vorgeschlagene Lösung von einem Korridor zwischen Untergrenzen einerseits und Personalbemessungsstandards am ehesten gerecht. Gleichzeitig ist aber der Vorschlag, die Untergrenze auf 80% PsychPV festzulegen, nicht akzeptabel. Wenn, anders als vom GKV-VS vorgeschlagen, ein jahres- und klinikbezogener Nachweis der Personalausstattung erfolgt und die Sanktionen für ein Unterschreiten der Untergrenze nicht in der Nichtabrechnungsfähigkeit von bereits erbrachten Leistungen besteht, gibt es keinen Grund für eine Unterschreitung der ohnehin unzureichenden PsychPV-Vorgaben.

Der Vergütungsausschluss, der erst im Nachhinein festgestellt werden kann, birgt, wie die DKG richtig feststellt, die Folge eines Behandlungsausschlusses von Patient*innen. GKV-VS und PatV unterstellen implizit, dass in den Krankenhäusern Patient*innen stationär behandelt werden, die einen solchen Behandlungsausschluss vertragen können, also eine stationäre Behandlung nicht benötigen. Eine solche Behauptung entbehrt jeder Grundlage. Die Beschränkung der Definition besonders vulnerabler Patient*innen auf untergebrachte und unter Betreuung stehende Personen ignoriert, dass in der psychiatrischen Behandlung oft über Jahre hinweg ein Vertrauensverhältnis aufgebaut wird, das Maßnahmen wie einer Unterbringung oder Betreuung vorbeugt. Auch eine hochakut kranke Person kann freiwillig in stationärer Behandlung sein. Die Aufnahme als Notfall und die dafür nötige Personaldecke ist trotzdem nicht für jeden Tag planbar. Mit diesen Regelungen kommt das Personal gerade nicht „am Patienten an“, sondern es besteht die Gefahr, dass die Patient*innen nicht mehr beim Personal, dh. in der Klinik ankommen. Der Stationsbezug des Personalnachweises schreibt darüber hinaus eine tradierte Organisationsstruktur und damit eine von mehreren Konzeptionen psychiatrischer Behandlung fest und gibt rigide Strukturen vor, die eine Weiterentwicklung und Flexibilisierung psychiatrischer Behandlung über den aktuellen Fallstatus hinaus erschweren oder unmöglich machen. Modellvorhaben zeigen, dass gerade in der Behandlung von vulnerablen Patientengruppen eine Auflösung der traditionellen Stationen sinnvoll sein kann. Unter „Umsetzung in ein Behandlungsangebot“ wird vom GKV-VS diese Flexibilisierung eingefordert, was im Kontext der rigiden Nachweispflichten und Sanktionierung geradezu zynisch erscheint.

Behandlungsbereiche und Tätigkeiten

Wenn die PsychPV als Übergangslösung bis zur Entwicklung eines zukunftsfähigen Modells der Personalbemessung fortgeführt wird, ist die Einführung von neuen Einstufungsbereichen oder Berufsgruppen ohne Neudefinitionen zum Ausgleich der vorhandenen Mängel nur Flickwerk und damit überflüssig. Stationsäquivalente Behandlungsepisoden sind ausreichend durch Markierungen im Fallstatus gekennzeichnet. Gerade in Abteilungspsychiatrien werden oft auch somatisch kranke Patient*innen mitbehandelt, der Aufwand unterscheidet sich quantitativ nicht von den Aufwänden in der Psychosomatik, und die qualitativen Besonderheiten der Psychosomatik sind durch den Fachabteilungsschlüssel gekennzeichnet. Die PsychPV ist nicht nur bei A-G-S 3 und 4 nicht mehr zeitgerecht. Insbesondere in der Gerontopsychiatrie ist die auf einer Durchschnittsverweildauer von 61 Tagen und im Vergleich zu heute deutlich anderen Bedingungen psychiatrischer Behandlung basierende Personalbemessung der PsychPV schon lange überholt. Hier ist aber eine Korrektur nicht vorgesehen. Auch in den Schussenrieder Tabellen wurde diese Benachteiligung gerontopsychiatrisch eingestufter Pat. nicht korrigiert. Gleichzeitig ist fachlich klar, dass sich die Behandlung alter psychisch Kranker nicht auf eine aktivierende Pflege reduzieren lassen kann. Gerade im Bereich der hirnorganischen Erkrankungen ist eine aufwendige differenzierte Diagnostik und Therapie ebenso erforderlich wie die psychotherapeutische Betreuung von Pat. und Angehörigen und die Unterstützung bei psychosozialen Problemen. Für den Übergang ist deshalb nicht nur die stufenweise lineare Erhöhung um 15% über 2 Jahre, sondern auch für G eine Anpassung der Minutenwerte aller Berufe außer der Pflege an A erforderlich. Als ein Beispiel sei der Zuwachs an Personalbedarf für nichtmedikamentöse Therapieverfahren gemäss Leitlinien zur Demenzbehandlung



genannt

(https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/ade50e44afc7eb8024e7f65ed3f44e995583c3a0/S3-LL-Demenzen-240116.pdf).

Ermittlung der Mindestvorgaben

Es gibt keinen sachlichen Grund, für die Nicht-Pflichtversorgung Zeit abzuziehen statt für die Pflichtversorgung Zeit zu erhöhen.

Eine Unterschreitung der PsychPV kann fachlich nicht begründet werden.

Multiprofessionalität in der Psychiatrie bedeutet, dass es Überschneidungen in den Tätigkeiten der Berufsgruppen gibt. Dies begründet auch die Austauschbarkeit von Berufsgruppen gegeneinander in bestimmtem Umfang. Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels muss diese Möglichkeit erhalten bleiben.

Eine Besetzung mit 1,6 oder gar 1,4 Pflegepersonen pro Station im Nachtdienst reicht in Kliniken mit Versorgungsverpflichtung in sozialen Brennpunkt-Regionen bei weitem nicht aus.

Anpassung der Richtlinie

Die PsychPV war bei ihrer Einführung ein zukunftsweisendes Instrument, das zur Enthospitalisierung und Halbierung der stationären Verweildauern in der Psychiatrie erheblich beigetragen hat. Sie war nicht nur empirisch begründet, sondern enthielt durchaus normative Setzungen unter fachlichen Gesichtspunkten. In den 30 Jahren seit ihrer Einführung hat sich aber in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und in gesellschaftlichen Einstellungen so viel geändert, dass dies mit einer in 2020 beginnenden schrittweisen Anpassung nicht einholbar ist. Die Plattform der Fachgesellschaften und Verbände hat auf dem patientenbedarfsbezogenen Ansatz der PsychPV aufsetzend ein neues Modell entwickelt und auf seine Machbarkeit hin überprüft. Dieses Modell sollte empirisch überprüft und ggf. modifiziert in eine Richtlinie überführt werden. Die Richtlinie sollte die regelmäßige Überprüfung und Anpassung an Weiterentwicklungen im medizinischen und therapeutischen Bereich enthalten.

Zum Bürokratieaufwand

Forderungen wie eine tägliche Einstufung der Patient*innen (selbst für PEPP muss lediglich taggenau eingestuft werden) sind aufgrund der Erhöhung des ohnehin schon mehr als grenzwertigen Dokumentations- und Bürokratieaufwands grundsätzlich abzulehnen.

Berlin, 14.06.2019

A handwritten signature in blue ink that reads 'Michael Rapp'.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Michael Rapp

Präsident

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)

Korrespondenzadresse

gs@dggpp.de