



Diskutieren, entscheiden, handeln.

**Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages**



**14. September 2021**

## Inhalt

<b>Executive Summary</b> .....	4
<b>1. Aktuelle Lage und Herausforderungen</b> .....	6
<b>2. Eckpunkte für die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland</b> .....	8
<b>3. Konkreter Handlungsbedarf</b> .....	12
3.1 Sektorenübergreifende Versorgung verbessern und regionale Versorgungsnetzwerke stärken .....	12
3.2 Weiterentwicklung der Personalanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses .....	14
3.3 Weiterentwicklung des Finanzierungssystems .....	16

# Executive Summary

Deutschlands Krankenhäuser bilden das Rückgrat der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland und stellen eine moderne psychiatrische und psychosomatische, auf den individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung sicher. Gleichzeitig gefährden die bestehenden Rahmenbedingungen in Deutschland, insbesondere die **„Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“** des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die **Fragmentierung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung** sowie die **Komplexität des Vergütungssystems** die am individuellen Patientenbedarf orientierte Versorgung psychisch erkrankter Menschen.

Für eine Modernisierung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland fordern die Krankenhäuser:

## 1. Reform der sektorenübergreifenden psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsstrukturen und Förderung regionaler Versorgungsnetzwerke

Die multiprofessionelle Ausrichtung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen der Krankenhäuser stellt eine ideale Voraussetzung für die sektorenübergreifende Versorgung aus einer Hand dar. Zentrales Leitbild im Konzept der Krankenhäuser zur Weiterentwicklung der stationären Versorgungsstrukturen sind die Förderung und Etablierung regionaler krankenhauszentrierter Versorgungsnetzwerke. Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser sind mehr als rein stationäre Versorgungseinrichtungen. Sie sind auch eine Koordinationsplattform der Versorgung in den Regionen, Ort des dialogischen Austauschs und Basis für die medizinisch-pflegerische Weiterentwicklung. Diese Funktionen gilt es zukunftsicher auszubauen. Die Personalmindestanforderungen des G-BA führen zur Rationierung und Einschränkung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Dies macht die sinnvolle Entwicklung der letzten Jahre zunichte. Eine weitreichende Öffnung der Krankenhäuser für ambulante psychiatrische und psychosomatische Behandlungsleistungen ist notwendig.

## 2. Sinnvolle Weiterentwicklung der Personalausstattung

Gut ausgebildetes und motiviertes Personal ist die Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige psychiatrische und psychosomatische Versorgung in den Krankenhäusern. Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen droht in den kommenden Jahren der entscheidende limitierende Faktor in der Versorgung zu werden. Die Verbesserung der Personalsituation und Flexibilität beim Personaleinsatz muss daher im Mittelpunkt der gesundheitspoli-

tischen Aktivitäten in der kommenden Legislaturperiode stehen. Die kleinteiligen und restriktiven Personalmindestanforderungen des G-BA sind hierfür und als Instrument der Qualitätssicherung vollkommen ungeeignet. Die Krankenhäuser erwarten, dass die Entwicklung der Personalkosten für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und insbesondere die Auswirkungen der Tarifverträge im Rahmen des zukünftigen Finanzierungssystems vollständig refinanziert werden.

## 3. Weiterentwicklung des Vergütungssystems

Eine nachhaltige Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung hin zu regionalen Versorgungskonzepten kann nur erreicht werden, wenn hierfür eine geeignete Form der Krankenhausfinanzierung geschaffen wird. Hierfür sind die Modellvorhaben nach § 64b SGB V als „Optionsmodell“ in die Regelversorgung und Regelfinanzierung gemäß der Bundespflege-satzverordnung (BPfV) zu überführen. Zudem muss auch die bestehende Regelfinanzierung weiterentwickelt werden. Die Streichung des Psych-Krankenhausvergleichs, die Neuausrichtung des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-System) sowie die Harmonisierung des Psych-Personalnachweises mit den Sanktionen infolge der Personalanforderungen des G-BA sind unerlässlich.

## 4. Abbau überflüssiger Dokumentations- und Nachweispflichten

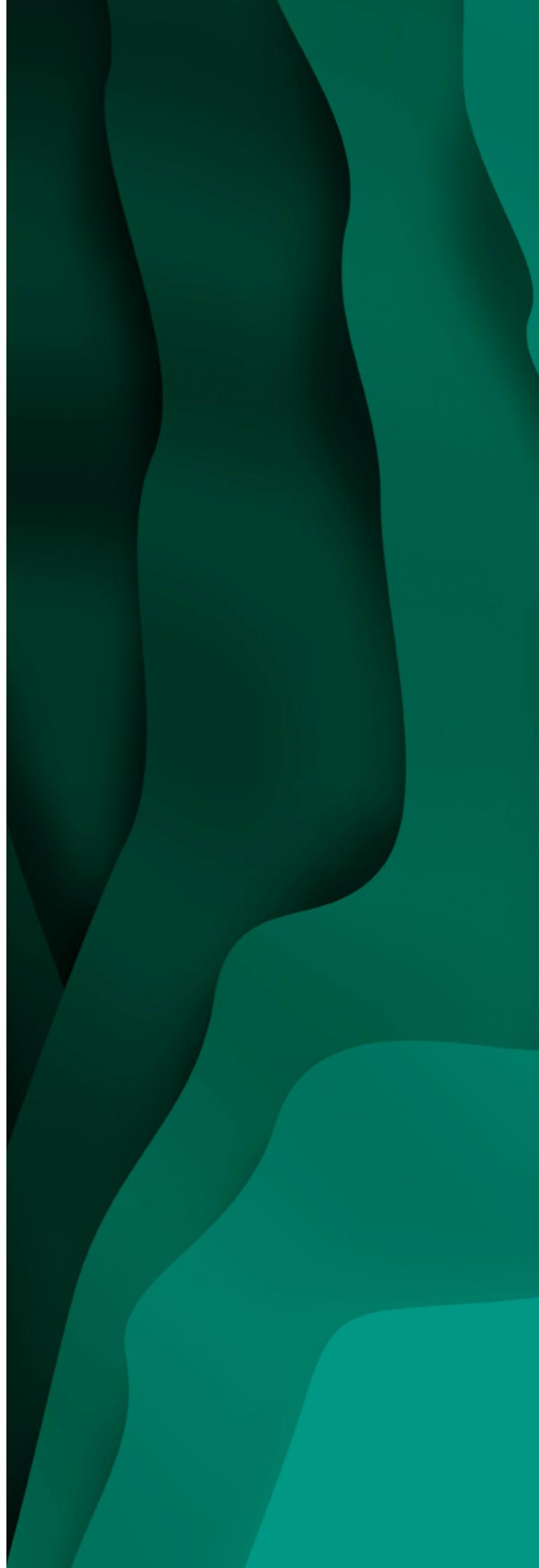
Das derzeitige System ist geprägt von ausufernden Dokumentations- und Nachweispflichten. Die Personalmindestvorgaben des G-BA mit ihren kleinteiligen Nachweispflichten, die umfangreiche Leistungsdokumentation mit restriktiven Strukturvorgaben für die Anwendung des PEPP-Systems, der Psych-Personalnachweis und der Psych-Krankenhausvergleich, die Struktur- und Abrechnungsprüfungen sowie zukünftig die Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes binden unnötig hohe Ressourcen. Eine stärkere Entbürokratisierung schafft unmittelbar mehr Zeit für die medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten. Sämtliche bestehende Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen sowie Kontroll- und Sanktionsmechanismen müssen auf das notwendige Mindestmaß reduziert werden.

## 5. Ausbau der Digitalisierung

Die Potenziale der Digitalisierung im Gesundheitswesen und die Einsatzgebiete von E-Health und Telemedizin sind insbesondere in der Psychiatrie und Psychosomatik vielfältig. Psychisch erkrankte

Menschen profitieren von Digitalisierung im besonderen Maße, denn sie schafft einen niedrigschwelligen Zugang zur Behandlung. Patientinnen und Patienten nutzen die digitalen Angebote zur Kommunikation und Information, zur therapiebegleitenden Unterstützung und in Form neuer Behandlungsangebote auch im Rahmen kombinierter Therapieansätze. Dies erhöht die Autonomie und Selbstwirksamkeit der Patientinnen und Patienten und die Beteiligung an Entscheidungsprozessen. Hierfür ist eine gut ausgebaute, belastbare und sichere digitale Infrastruktur in der Psychiatrie und Psychosomatik erforderlich, deren Finanzierung sichergestellt werden muss. Die Weiterentwicklung digitaler Behandlungsangebote und moderner Arbeitsmodelle wird auch durch den starren Stationsbezug der Personalmindestvorgaben des G-BA verhindert.

Die psychiatrische und psychosomatische Versorgung unterliegt einem dynamischen Wandel. Neue Behandlungsformen und -möglichkeiten sowie immer neue Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung machen eine stetige Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zwingend erforderlich. Die übergeordneten Ziele und Handlungserfordernisse einer modernen, bedarfs- und patientenorientierten psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung können nur gemeinsam mit den betroffenen Akteuren identifiziert und erreicht werden. Die DKG und ihre Mitgliedsverbände sind bereit, sich diesen Herausforderungen zu stellen, und bieten ausdrücklich einen Dialog zur Weiterentwicklung der Strukturen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung an – wir wollen FAIR miteinander diskutieren, entscheiden und handeln.



# 1. Aktuelle Lage und Herausforderungen

Deutschlands Krankenhäuser versorgen jährlich 40 Millionen Patientinnen und Patienten und stellen einen wichtigen Teil der im Grundgesetz und in den Landesverfassungen verankerten Daseinsvorsorge für die Bevölkerung dar. Die Corona-Pandemie hat die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens und der Krankenhäuser eindrucksvoll unter Beweis gestellt. Dies gilt auch für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung.

Die **Krankenhäuser bilden das Rückgrat der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung** in Deutschland. Über 800 Fachabteilungen für Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland versorgen etwa eine Million Patientinnen und Patienten pro Jahr. Neben vollstationärer Behandlung bieten rund 750 der Einrichtungen auch teilstationäre Behandlung an. Etwa 450 Krankenhäuser versorgen Patientinnen und Patienten in Psychiatrischen Institutsambulanzen.<sup>1</sup> Ebenso sind zunehmend Psychosomatische Institutsambulanzen in die Versorgung eingebunden. Über 7.500 Ärztinnen und Ärzte und 48.500 Pflegenden versorgen in multiprofessionellen Teams mit Psychotherapeuten und -therapeutinnen sowie Spezialtherapeuten und -therapeutinnen die Patientinnen und Patienten rund um die Uhr. Die Krankenhäuser stellen eine moderne psychiatrische und psychosomatische, auf den individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung sicher. Sie übernehmen hoheitliche Aufgaben im Sinne regionaler Aufnahmeverpflichtungen im Rahmen landesrechtlicher Regelungen und sichern somit die Versorgung der Bevölkerung.

Gleichzeitig bestehen **zahlreiche Herausforderungen** für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Deutschland. Hierzu gehören der medizinische Fortschritt und die zunehmende Spezialisierung der Medizin sowie der demographische Wandel zu einer älteren und durch Migration geprägten Gesellschaft. Diese Herausforderungen werden auch international diskutiert<sup>2</sup> und erfordern Reformen, um eine moderne psychiatrische und psychosomatische Versorgung zu sichern. Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie und Psychosomatik brauchen eine gut vernetzte und ineinandergreifende Versorgung mit nahtlosem Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung in Wohnortnähe sowie ausreichend flexibel, dem Bedarf entsprechend einsetzbares Personal. Allerdings **gefährden die bestehenden Rahmenbedingungen** in Deutschland die am individuellen Patientenbedarf orientierte Versorgung und stellen Hürden für die Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen dar.

Die „**Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie**“ (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist eine solche Hürde. Sie verursacht **extreme Dokumentations- und Nachweisaufwände**, die dazu führen, dass wertvolle

Arbeitszeit für die direkte Patientenversorgung verloren geht und Unzufriedenheit bei den Beschäftigten entsteht. Gut etablierte, modulare Therapieansätze können nicht mit der PPP-RL abgebildet und somit nur erschwert umgesetzt werden.

Darüber hinaus wird ein stationsübergreifender flexibler Personaleinsatz, der Voraussetzung für eine schnelle Anpassung an die individuellen Patientenbedarfe ist, durch die **starren Personalmindestvorgaben** eingeschränkt. Ferner werden kleine Standorte wie Tageskliniken, die für eine wohnortnahe Versorgung zentral sind, durch die Vorgaben gefährdet.

Die **Fragmentierung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung** in Deutschland blockiert eine vernetzte, ineinandergreifende Versorgung mit nahtlosem Übergang zwischen allen Versorgungssektoren, insbesondere den stationären und ambulanten Bereichen. An vielen Orten besteht eine unzureichende vertragsärztliche psychiatrische und psychosomatische Versorgung. Gleichzeitig sind die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung sowie die Berücksichtigung der krankenhausspezifischen Kosten in der Vergütung ambulanter Leistungen unzureichend. Dies stellt Hindernisse zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs in die ambulante Versorgung oder eine krankennahe Anschlussversorgung dar.

Die **Komplexität des Vergütungssystems** und die kaum noch zu bewältigende Flut von Datenlieferungs- und Nachweisverpflichtungen verursachen in den Krankenhäusern hohe Kosten und bedeuten eine Reduktion der für die Patientenversorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen. Dabei ist auch die Beibehaltung des Psych-Krankenhausvergleichs kritisch zu hinterfragen. Der Psych-Personalnachweis ist an neue Anforderungen anzupassen. Der Trend zur Überregulierung und zu überzogenen Kontroll- und Sanktionsmechanismen muss gestoppt werden.

Aus diesen Gründen sind grundlegende Reformen der Rahmenbedingungen erforderlich, insbesondere:

- **die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen und Förderung regionaler Netzwerke,**
- **die sinnvolle Weiterentwicklung der Personalausstattung,**
- **die Weiterentwicklung des Vergütungssystems,**
- **der Abbau überflüssiger Dokumentations- und Nachweispflichten und**
- **der Ausbau der Digitalisierung.**

Die Krankenhäuser halten es für dringend geboten, zeitnah die Weichen für die zukünftige Ausgestaltung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland zu stellen. Die vorliegenden Positionen ergänzen und konkretisieren die Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages.<sup>3</sup>

## Kennzahlen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland, 2019

**813**

Fachabteilungen  
in Krankenhäusern

**948.814**

Anzahl stationärer  
Patientinnen und Patienten

**448\***

Psychiatrische Instituts-  
ambulanzen nach  
§ 118 SGB V behandeln  
Patientinnen und Patienten

**76.359**

Betten

**6.390**

Ärztinnen und Ärzte  
(Vollkräfte)

**2.717.093**

Fälle

**27**

Durchschnittliche  
Verweildauer in Tagen

**48.524**

Pflegekräfte (Vollkräfte)

## GKV-Leistungsausgaben 2020

**7.333.814.639 €**

GKV-Ausgaben für stationäre psychiatrische  
und psychosomatische Behandlung

**8,99 %**

Anteil an den GKV-  
Leistungsausgaben  
für Krankenhäuser

**2,95 %**

Anteil an den GKV-  
Leistungsausgaben  
insgesamt

Quellen: destatis, Grunddaten der Krankenhäuser, 2019; BMG, KJ1-Statistik, 2019; Begleitforschung zu den Auswirkungen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (2020), HCHE/BQS; \*2018

1: Hamburg Center for Health Economics (HCHE) und BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit (2020).  
Endbericht 2. Forschungszyklus Begleitforschung Psychiatrie. <https://bit.ly/3j05WZl>

2: Lancet Psychiatrie 2017; 4:775–818. <https://bit.ly/3lGWFXy>

3: Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages.  
<https://bit.ly/3aET9qB>

## 2. Eckpunkte für die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland

Für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen in Deutschland ist eine **qualitativ hochwertige Versorgung** von höchster Priorität. Die verschiedenen Definitionen einer qualitativ hochwertigen Versorgung basieren letztlich auf gemeinsamen Dimensionen oder Zielen. Orientiert an den von

der Weltgesundheitsorganisation vorgeschlagenen Dimensionen<sup>4,5</sup>, berücksichtigt eine qualitativ hochwertige psychiatrische und psychosomatische Versorgung aus Sicht der Krankenhäuser folgende Aspekte (vgl. **Abb. 1**):



### Effektivität der Behandlung (Effectiveness)

Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass ihre Behandlung auf der bestverfügbaren wissenschaftlichen Evidenz basiert. Für die wesentlichen Erkrankungen in der Psychiatrie und Psychosomatik sind in den letzten drei Jahrzehnten evidenzbasierte S3-Leitlinien entwickelt worden. In der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sind mögliche Zielp Parameter für die Ermittlung der Effektivität der

Qualitätsaspekt „Teilhabe“, die Symptomschwere oder das psychosoziale Funktionsniveau nach einer Behandlung (Ergebnisqualität).

### Patientensicherheit (Safety)

Bei der Behandlung muss die Patientensicherheit gewährleistet und vermeidbare Schäden abgewendet werden. Dies schließt die anerkannten Maßnahmen der Patientensicherheit (z. B. der Arzneimitteltherapiesicherheit) ein, umfasst in der psychiatrischen

und psychosomatischen Versorgung jedoch auch den Schutz der Patientinnen und Patienten vor sich selbst sowie den Schutz ihres Umfelds. Gleichzeitig sind die Selbstbestimmungsrechte psychisch erkrankter Menschen zu berücksichtigen. Entsprechend sind die Vermeidung und Prävention von Zwangsmaßnahmen von großer Bedeutung. Dazu ist eine ausreichende Anzahl von qualifiziertem Personal mit genügend Zeit zu Gesprächen mit Patientinnen und Patienten für den Beziehungs- und Vertrauensaufbau notwendig.

### **Personenzentrierte Versorgung (People-centredness)**

Patientinnen und Patienten haben ein Anrecht auf eine Behandlung, die ihre individuellen Bedarfe, Präferenzen und Werte berücksichtigt. Eine personenzentrierte Versorgung stellt sicher, dass die Patientinnen und Patienten die Art der Behandlung erhalten, die sie benötigen. Je nach individuellem Bedarf kann eine akute psychische Krise eine vollstationäre Behandlung oder eine stationsäquivalente Behandlung im direkten Lebensumfeld erforderlich machen. Im Verlauf kann aber auch eine teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik, eine multimodale, multiprofessionelle ambulante Behandlung in einer Institutsambulanz oder die ambulante Behandlung durch niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater und Psychotherapeutinnen und -therapeuten möglich und angezeigt sein. Darüber hinaus ist besonders zu berücksichtigen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen auf vertrauensvolle Beziehungen zu Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten und anderen Mitgliedern der multiprofessionellen Teams angewiesen sind und die Kontinuität der Behandlung und Betreuung sicherzustellen ist. Die Behandlung muss die individuellen Präferenzen und Werte sowie die kulturellen Besonderheiten einer zunehmend durch Migration geprägten Gesellschaft berücksichtigen sowie Partizipation und Teilhabe sicherstellen. Der Dialog zwischen Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Behandelnden ist elementarer Bestandteil personenzentrierter Versorgung.

### **Gerechte Versorgung (Equity)**

Psychiatrische und psychosomatische Versorgung muss unabhängig von persönlichen Eigenschaften wie Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Wohnort und sozioökonomischen Bedingungen erfolgen. Maßnahmen, die zu Rationierung führen, machen die Diskussion über eine gerechte Ressourcenallokation erforderlich.

### **Zeitgerechte und wohnortnahe Versorgung (Timeliness)**

Für psychisch erkrankte Menschen ist eine zeitgerechte und wohnortnahe Versorgung von besonderer Bedeutung. Der Zugang für psychisch erkrankte Menschen zu Diagnostik, Therapien und ggf. Kriseninterventionen in akuten Situationen ist niedrigschwellig und möglichst ohne Wartezeiten sicherzustellen. Zahlreiche psychische Erkrankungen führen dazu, dass Patientinnen und Patienten den Weg zur Versorgungseinrichtung nicht oder nur mit größten Schwierigkeiten auf sich nehmen können. Für die Einbindung von

Angehörigen, die häufig eine wichtige unterstützende Funktion haben, bedeutet fehlende Wohnortnähe ebenfalls eine große Hürde. Auch der Übergang vom stationären ins ambulante Setting ist bei einer stationären Behandlung weit entfernt vom eigentlichen Wohnort erschwert. In den letzten drei Jahrzehnten haben die Krankenhäuser die Forderungen der Psychiatrie-Enquête<sup>6</sup> mit viel Engagement umgesetzt. Es sind kleine Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Satellitenstationen von Fachkrankenhäusern und kleine Tageskliniken entstanden, um Patientinnen und Patienten möglichst zeitgerecht und wohnortnah versorgen zu können. Die wohnortnahe Versorgung ist ein wichtiges Bindeglied zwischen der Spezialisierung der Versorgung in Exzellenzzentren und einer nachhaltigen Sicherung des Behandlungserfolgs. Die richtige Balance zwischen Wohnortnähe und spezialisierten Zentren ist entscheidend.

### **Effiziente Versorgung (Efficiency)**

Die für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung zur Verfügung stehenden Mittel sind begrenzt. Das Ziel der Effizienz ist wichtig, kann jedoch im Spannungsverhältnis zu einer gerechten Versorgung stehen. So können beispielsweise durch Zentralisierung möglicherweise Effizienzsteigerungen erreicht werden, die jedoch mit einem reduzierten Zugang zur Versorgung für einen Teil der Menschen (ländliche Bevölkerung, sozial schwächere Menschen, psychisch erkrankte Menschen) erkauft werden. Bei der Versorgung psychisch erkrankter Menschen ist die richtige Balance zwischen wohnortnaher Versorgung und spezialisierten Kompetenzzentren für den Behandlungserfolg und eine bedarfsgerechte Versorgung besonders bedeutsam. Zentralisierung allein führt in der Psychiatrie nicht zu höherer Effizienz.

### **Sektorenintegrierende Versorgung (Integration)**

Qualitativ hochwertige Versorgung erfolgt gut vernetzt, koordiniert und optimalerweise aus einer Hand über den Zeitverlauf (vom Kindesalter bis ins hohe Alter) und den Ort (stationär, ambulant, Rehabilitation) hinweg. Auch dies ist für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung von besonderer Bedeutung und stellt gleichzeitig in Deutschland aufgrund der starken Fragmentierung und der Unterversorgung in diversen Bereichen, insbesondere in der vertragsärztlichen Versorgung, eine ganz besondere Herausforderung dar.

4: Vgl. WHO (2021). Quality of care. <https://bit.ly/3aRi22x>

5: Vgl. World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank (2018). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva. <https://bit.ly/30qpYpn>

6: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland 1975 (Drucksache Nr. 7/4200). [https://www.bundestag.de/DE/Druck\\_sache/7/4200/0704200.pdf](https://www.bundestag.de/DE/Druck_sache/7/4200/0704200.pdf) (bundestag.de)

## Für die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland fördern die Krankenhäuser:

### 1. Reform der sektorenübergreifenden psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsstrukturen und Förderung regionaler Versorgungsnetzwerke

Die multiprofessionelle Ausrichtung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen der Krankenhäuser stellt eine ideale Voraussetzung für die sektorenübergreifende Versorgung aus einer Hand dar. Das Potential zur Ambulantisierung kann nur verwirklicht werden, wenn die Rahmenbedingungen entschieden geändert werden. Die vertragsärztliche Versorgung ist an vielen Orten heute nicht in der Lage, die zunehmende Zahl der ambulant behandelbaren Patientinnen und Patienten rechtzeitig zu versorgen, um stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Diese Versorgungslücken können aufgrund der unzureichenden Verzahnung der Versorgungsbereiche bisher nicht durch die stationären psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ausgeglichen werden. Selbst die in den letzten Jahren erreichten sinnvollen Entwicklungen werden durch die Personalmindestanforderungen des G-BA zunichtegemacht. Diese führen vielmehr zur Rationierung und Gefährdung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Bundesweite Strukturvorgaben können nur als Orientierungsrahmen gelten. Dadurch werden die Planungskompetenzen der Länder gestärkt und die regionalen Versorgungsgegebenheiten berücksichtigt. Die politische Letztverantwortung muss bei den Ländern verbleiben. Zentrales Leitbild im Konzept der Krankenhäuser zur Weiterentwicklung der stationären Versorgungsstrukturen sind die **Förderung und Etablierung regionaler, vom Krankenhaus koordinierter Versorgungsnetzwerke**.<sup>7</sup> Die Krankenhäuser übernehmen in den regionalen Versorgungsnetzwerken die Steuerung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung einer Region. Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen bieten eine multiprofessionelle, multimodale ambulante Versorgung. Eine weitere neue Behandlungsform stellt die seit 2018 gesetzlich ermöglichte stationsäquivalente Behandlung dar, bei der die Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Störungen im häuslichen Umfeld von mobilen multiprofessionellen Teams in ihrem gewohnten Lebensumfeld versorgt werden können. Für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen müssen die Behandlungsmöglichkeiten der Institutsambulanzen, der stationären sowie der stationsäquivalenten Behandlungen erweitert und um zusätzliche ambulante Versorgungsmöglichkeiten ergänzt werden. Ergänzend sollten umfassende Kooperationen mit dem vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Bereich etabliert werden. Die gesetzlichen Grundlagen gemäß § 92 Absatz 6b SGB V zur „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ des G-BA müssen grundlegend angepasst werden und das enorme Versorgungs- und

Steuerungspotenzial der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen berücksichtigen. Die krankenhausspezifischen Kosten für die Vorhaltung der bereits jetzt stattfindenden koordinierten, strukturierten, interdisziplinären und multiprofessionellen psychiatrischen Versorgung müssen berücksichtigt werden. Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser sind mehr als rein stationäre Versorgungseinrichtungen. Sie sind auch Koordinationsplattform der Versorgung in den Regionen, Ort des trialogischen Austauschs und Basis für die medizinisch-pflegerische Weiterentwicklung. Diese Funktionen gilt es zukunftssicher auszubauen.

### 2. Sinnvolle Weiterentwicklung der Personalausstattung

Gut ausgebildetes und motiviertes Personal ist die Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige psychiatrische und psychosomatische Versorgung. Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen droht in den kommenden Jahren der entscheidende limitierende Faktor in der Versorgung zu werden. Die **Verbesserung der Personalsituation und Flexibilität beim Personaleinsatz** muss daher im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Aktivitäten in der kommenden Legislaturperiode stehen. Die kleinteiligen und restriktiven Personalmindestanforderungen des G-BA sind hierfür und als Instrument der Qualitätssicherung vollkommen ungeeignet. Die Dokumentations- und Nachweispflichten belasten zusätzlich die Attraktivität des Arbeitsplatzes in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in zunehmendem Maße und führen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu großem Unmut und Unverständnis. Neben dem Abbau bürokratischer Belastungen muss das Arbeitsumfeld interdisziplinär und flexibel ausgestaltet werden, um attraktivere Arbeitsbedingungen zu erreichen. Interprofessionelle Behandlungsteams, die der Komplexität der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung Rechnung tragen, sind für eine qualitativ hochwertige Versorgung essenziell. Mit dieser organisatorischen Neuorientierung muss eine angemessene Vergütung für alle beteiligten Berufsgruppen im Krankenhaus einhergehen. Die Krankenhäuser erwarten, dass die Entwicklung der Personalkosten für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und insbesondere die Auswirkungen der Tarifverträge im Rahmen des zukünftigen Finanzierungssystems vollständig refinanziert werden.

### 3. Weiterentwicklung des Vergütungssystems

Eine nachhaltige Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung hin zu regionalen Versorgungskonzepten kann nur erreicht werden, wenn hierfür eine geeignete Form der Krankenhausfinanzierung geschaffen wird. Diese Form der Versorgung und geeignete Finanzierungskonzepte werden bereits seit vielen Jahren in Modellvorhaben nach § 64b SGB V erprobt. Das Grundprinzip der meisten Modellvorhaben besteht darin, dass ein Gesamtjahresbudget vereinbart wird, das weitgehend unabhängig von der Vergütung der jeweiligen Versorgungsform ist. Somit können für die Patientinnen und Patienten in Abhängigkeit ihres Behandlungsbedarfs die vollstationären, stationsäquivalenten,

teilstationären und ambulanten Versorgungsmöglichkeiten des Krankenhauses flexibel und wirtschaftlich eingesetzt werden. Allerdings ist die Anzahl dieser Modellvorhaben aufgrund von Umsetzungsproblemen und der wirtschaftlichen Risiken immer noch überschaubar. Die **Modellvorhaben nach § 64b SGB V** sind als „**Optionsmodell**“ in die Regelversorgung und Regelfinanzierung gemäß der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) zu überführen. Unabhängig vom Optionsmodell muss auch die bisherige Regelfinanzierung weiterentwickelt werden. Dabei ist zu beachten, dass das derzeitige System zur Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen von ausufernden Dokumentations- und Nachweispflichten sowie von Inkonsistenzen der unterschiedlichen Elemente geprägt ist, sodass das System in der Praxis nicht mehr sinnvoll anzuwenden ist. Auch lässt das System keine politischen Ziele für eine nachhaltige Weiterentwicklung der Versorgung mehr erkennen. Es ist jedenfalls nicht nachvollziehbar, warum an dem ursprünglichen Ziel einer „leistungsbezogenen Vergütung“ festgehalten werden sollte. Das PEPP-System ist sinnvoller und bürokratieärmer auszurichten, der Psych-Krankenhausvergleich zu streichen und der Psych-Personalnachweis mit den Sanktionen infolge der Personalanforderungen des G-BA zu harmonisieren.

#### 4. Abbau überflüssiger Dokumentations- und Nachweispflichten

Das derzeitige System ist insgesamt geprägt von ausufernden Dokumentations- und Nachweispflichten. Nicht nur die Personalmindestvorgaben des G-BA stellen die Krankenhäuser vor große Herausforderungen bei der Erfüllung der damit zusammenhängenden kleinteiligen Nachweispflichten. Ebenso binden die umfangreiche **Leistungsdokumentation** mit restriktiven Strukturvorgaben für die Anwendung des PEPP-Systems, der **Psych-Personalnachweis** und der **Psych-Krankenhausvergleich** unnötig hohe Ressourcen. Besondere Belastungen entstehen durch die **Struktur- und Abrechnungsprüfungen** sowie zukünftig durch die **Qualitätskontrollen** des Medizinischen Dienstes. Kleinteilige Prüfungen der Einhaltung der Struktur- und Mindestmerkmale der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) mit detaillierten Nachweisen zum gesamten Personal einschließlich der Arbeitsverträge, Dienstpläne usw. sowie umfangreiche Kontrollen der Qualitätsanforderungen beanspruchen unangemessen die Ressourcen der Krankenhäuser. Die Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Nutzen zahlreicher Vorschriften ist hierbei aus dem Blick geraten. Kleinste Fehler in der Dokumentation oder (gut begründbare) Abweichungen von Vorgaben sind mit aufwendigen Kontrollen durch den Medizinischen Dienst, Vergütungsausschlüssen und -abschlägen verbunden. Eine stärkere Entbürokratisierung schafft unmittelbar mehr Zeit für die medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Auch das PEPP-System hat inzwischen eine zu hohe Komplexität erreicht. Die Budgetverhandlungen werden insbesondere durch die zahlreichen Nachweispflichten, aber auch durch überzogene Darlegungspflichten der Krankenhäuser für eine Vielzahl von Verhandlungstatbeständen und Entgelten überfrachtet.

Das im Krankenhausfinanzierungsrecht verankerte Grundprinzip von prospektiven Budgets ist dadurch mehr Ausnahme als Realität geworden. Sämtliche bestehende Dokumentations- und Nachweispflichten sowie Kontroll- und Sanktionsmechanismen müssen auf das notwendige Mindestmaß reduziert werden. Da hierfür auf der Ebene der Selbstverwaltung kein gemeinsames Verständnis hergestellt werden kann, besteht dringender gesetzlicher Handlungsbedarf.

#### 5. Ausbau der Digitalisierung

Die Potenziale der Digitalisierung im Gesundheitswesen und die Einsatzgebiete von E-Health und Telemedizin sind insbesondere in der Psychiatrie und Psychosomatik vielfältig und müssen weiterentwickelt werden.<sup>8</sup> Die Digitalisierung verbessert den Austausch und die Auswertung von Daten, schafft **neue diagnostische Optionen und Behandlungsmöglichkeiten** und wird zukünftig erweiterte Möglichkeiten zur **Früherkennung und Prävention** bieten. Psychisch erkrankte Menschen profitieren von der Digitalisierung im besonderen Maße, denn sie schafft einen niedrigschwelligen Zugang zur Behandlung und stellt damit eine konsequente Weiterentwicklung der Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête dar. Patientinnen und Patienten nutzen die digitalen Angebote zur Kommunikation und Information, zur therapiebegleitenden Unterstützung und in Form neuer Behandlungsangebote. Dies erhöht die Autonomie und Selbstwirksamkeit der Patientinnen und Patienten und die Beteiligung an Entscheidungsprozessen. Während die therapeutische Beziehung zwischen Patientin und Patient und insbesondere ärztlichem, pflegerischem und psychotherapeutischem Personal zentraler Aspekt der Versorgung bleiben wird, unterstützt die Digitalisierung die in der Psychiatrie so wichtige wohnortnahe Versorgung. Die Digitalisierung ermöglicht die enge Vernetzung der Leistungserbringer und der Versorgungssektoren sowie regionaler Versorgungsnetzwerke. Hierfür ist eine gut ausgebaut, belastbare und sichere digitale Infrastruktur erforderlich. Unter strenger Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Vorschriften muss der beschleunigte Ausbau der Digitalisierung insbesondere in der Psychiatrie und Psychosomatik angestrebt werden. Dabei sind neben den erforderlichen Investitionen in den Digitalisierungsausbau auch die IT-Kosten im Bereich der Betriebskostenfinanzierung zu refinanzieren. Die Vergütung für die neuen telemedizinischen Anwendungen muss auch in kombinierten Therapieansätzen verschiedener Settings dauerhaft sichergestellt werden. Die Anwendung und damit Weiterentwicklung digitaler Behandlungsangebote sowie moderner Arbeitsmodelle wird auch durch den starren Stationsbezug der Personalmindestvorgaben des G-BA verhindert.

7: Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages. <https://bit.ly/2YLr4vz>

8: Lancet Psychiatrie 2017; 4:775–818. <https://bit.ly/2YIAIUC>

## 3. Konkreter Handlungsbedarf

### 3.1 Sektorenübergreifende Versorgung verbessern und regionale Versorgungsnetzwerke stärken

#### **Die sektorenübergreifende Versorgung muss verbessert werden.**

Die Barrieren zwischen den unterschiedlichen Versorgungsformen müssen abgebaut werden. Krankenhäuser können als integrierte Dienstleistungszentren entweder selbst oder in Kooperation mit anderen Leistungsanbietern eine am individuellen Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Steuerung der Behandlungsabläufe vornehmen. **Dies erfordert den Ausbau teilstationärer, stationsäquivalenter und (intensiv-)ambulanter<sup>9</sup> Behandlungsangebote für psychisch erkrankte Menschen.** Hierfür müssen die gesetzlichen Grundlagen und ggf. zusätzliche Umsetzungsanreize geschaffen werden. Investitionen in Kooperationen müssen durch entsprechende Vergütung gefördert werden.

Eine wichtige Weiterentwicklung zu einer verbesserten sektoren-integrierenden Versorgung stellt die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung dar. Hier kommt das Krankenhaus zu den Menschen in ihrem Lebensumfeld und nicht umgekehrt. **Um die stationsäquivalente Behandlung anbieten zu können, müssen Implementierungsbarrieren abgebaut und die bestehenden rigiden Rahmenbedingungen angepasst werden.**

In der ambulanten Versorgung psychisch erkrankter Menschen sind Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen ein nicht wegzudenkender Baustein bedarfsgerechter und gemeindenaher Versorgung. Sie leisten einen essenziellen Beitrag, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden bzw. stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe zu optimieren. Der Anspruch multimodaler und multiprofessioneller, bei Bedarf aufsuchender und hochfrequenter Behandlung muss sich in der Finanzierung widerspiegeln. **Hierfür ist eine ausreichend differenzierte, leistungsgerechte und ungedeckelte Vergütung für Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen in voller Höhe der Kosten erforderlich.** Die krankenhausspezifischen Kosten für die Vorhaltung der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung müssen berücksichtigt werden.

Für eine Förderung der sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen, eine weitreichende Öffnung der Krankenhäuser für ambulante psychiatrische und psychosomatische Behandlungsleistungen sowie den Ausbau der ambulanten Strukturen sind die Krankenhäuser bereit, bedarfsgerecht vollstationäre Behandlungen umzubauen. Die vertragliche Einbindung von Vertragsärztinnen

und Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten in die ambulante Versorgung des Krankenhauses muss möglich sein. Krankenhäuser sollten unter bestimmten Voraussetzungen auch in die ambulante Bedarfsplanung mit einbezogen und je nach Bedarf ermächtigt werden, ebenfalls ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen zu erbringen.

**Eine wichtige Möglichkeit zum Ausbau der sektorenübergreifenden psychiatrischen Versorgungsstrukturen ist die Förderung regionaler krankenzentrierter Versorgungsnetzwerke und -konzepte.** Hierfür wird folgendes Optionsmodell vorgeschlagen.

### Optionsmodell

Eine nachhaltige Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung hin zu regionalen Versorgungskonzepten kann nur erreicht werden, wenn hierfür eine geeignete Form der Krankenhausfinanzierung geschaffen wird. Diese Form der Versorgung und Finanzierungskonzepte wird bereits seit vielen Jahren in Modellvorhaben nach § 64b SGB V erprobt. Das Grundprinzip der meisten Modellvorhaben besteht darin, dass ein Gesamtjahresbudget vereinbart wird, das weitgehend unabhängig von der Vergütung der jeweiligen Versorgungsform ist. Somit können für die Patientinnen und Patienten in Abhängigkeit ihres Behandlungsbedarfs die vollstationären, stationsäquivalenten, teilstationären und ambulanten Versorgungsmöglichkeiten des Krankenhauses flexibel und wirtschaftlich eingesetzt werden.

**Allerdings ist die Anzahl dieser Modellvorhaben aufgrund von Umsetzungsproblemen und der wirtschaftlichen Risiken immer noch überschaubar.** So wird die Umsetzung durch die Notwendigkeit der Vereinbarung mit allen Krankenkassen vor Ort erschwert. Sofern nicht alle Krankenkassen für das Modellvorhaben gewonnen werden können, muss innerhalb der Einrichtung zwischen den Patientinnen und Patienten der beteiligten Krankenkassen und den Patientinnen und Patienten der übrigen Krankenkassen unterschieden werden. Diese „Zwei-Klassen-Versorgung“ ist jedoch weder den Patientinnen und Patienten vermittelbar noch aufgrund der unterschiedlichen Organisation der Behandlungsprozesse für das Krankenhaus sinnvoll. Zudem müssen neben dem Vertrag über das Modellvorhaben auch weiterhin Budgetverhandlungen nach dem klassischen Muster mit den übrigen Krankenkassen geführt werden. Aber auch wenn sich alle Krankenkassen an dem Modellvorhaben beteiligen, bedeutet die Befristung für die Krankenhäuser ein hohes wirtschaftliches Risiko, da die mit dem Modellvorhaben auch vom Krankenhaus erwünschten Leistungsverlagerungen aus der vollstationären in teilstationäre oder ambulante Versorgung nur schwer rückgängig gemacht werden können und dies aus Sicht der Patientenversorgung auch nicht sinnvoll wäre.

**Die Modellvorhaben nach § 64b SGB V sind als „Optionsmodell“ in die Regelversorgung und Regelfinanzierung gemäß der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) zu überführen.** Auch wenn die bisherigen Modellvorhaben ausschließlich für psychiatrische Einrichtungen zugelassen waren, sollte das Optionsmodell auch die psychosomatische Versorgung in psychiatrischen Einrichtungen umfassen und auch für psychosomatische Einrichtungen offen sein. Im Rahmen der Regelfinanzierung ist den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein Optionsrecht einzuräumen. Sofern eine Einrichtung im Rahmen der Regelfinanzierung das Optionsrecht wahrnimmt, greift die verpflichtende Kontrahierung für die Krankenkassen. Somit wird innerhalb der Regelfinanzierung eine Alternative eröffnet, mit der die spezifischen Ziele und Anforderungen einer sektorenübergreifenden und zukunftsorientierten Versorgung berücksichtigt werden können. Wie in der Regelfinanzierung üblich, sollten die Eckpunkte für die Budgetverhandlungen in der BpflV gesetzlich so verankert werden, dass ein sektorenübergreifendes Budget für die vier Versorgungsbereiche vollstationäre, teilstationäre, stationsäquivalente Behandlung und Institutsambulanzen zu vereinbaren ist. Zudem wäre es sinnvoll, die Möglichkeit für längerfristige Vereinbarungen mit ggf. schrittweiser Umsetzung der strukturellen Veränderungen und den damit verbundenen Kostenentwicklungen vorzusehen. Entscheidend für die Akzeptanz des Optionsmodells wird auch sein, dass die Umsetzung vor Ort von der bisherigen Bürokratie deutlich entlastet wird. Zudem stehen die ursprünglichen Ziele des PEPP-Systems und auch die derzeitige Ausgestaltung der Personalmindestanforderungen des G-BA im Widerspruch zum Ziel einer strukturellen, zukunftsorientierten Weiterentwicklung. Daher ist gesetzlich zu verankern, dass diese Elemente im Optionsmodell nicht zur Anwendung kommen.

9: Vgl. Arbeitskreis Psychiatrische Institutsambulanzen (BDK, ACKPA, LIPPs) mit Unterstützung der DGPPN (2021). Rahmenkonzept für eine ambulant-intensive Komplexbehandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen – AMBI. [Konzept AMBI Stand 15.04.2020-final.pdf \(dgppn.de\)](#)

## 3.2 Weiterentwicklung der Personalanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Für eine moderne psychiatrische und psychosomatische Versorgung der Patientinnen und Patienten ist eine auf den individuellen Patientenbedarf ausgerichtete Behandlung erforderlich. Voraussetzung dafür ist hohe Flexibilität beim Personaleinsatz. Kurzfristige stations- und standortübergreifende Anpassungen müssen möglich sein, wenn dies die Behandlung der Patientinnen und Patienten erfordert. Gleichzeitig müssen Anreize für einen bedarfsgerechten Personaleinsatz geschaffen werden. Ziel ist es, die richtige Balance zwischen einer ausreichenden Flexibilität beim Personaleinsatz und der Vermeidung eines nicht bedarfsgerechten Personaleinsatzes zu wahren.

### Mangelhafte Flexibilität des Personaleinsatzes durch die Richtlinie des G-BA

Seit dem 1. Januar 2020 sind die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser verpflichtet, die Mindestvorgaben der „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ (PPP-RL) des G-BA einzuhalten. Die Krankenhäuser sind in großer Sorge, dass die qualitativ hochwertige und patientengerechte Versorgung in der Psychiatrie und Psychosomatik und deren Weiterentwicklung durch die PPP-RL gefährdet sind. Erste Berichte aus den Kliniken bestätigen dies. **Auch bei den Fachverbänden und Fachgesellschaften hat die Richtlinie zu viel Kritik und Unverständnis geführt.** Sie prognostizieren eine Verschlechterung der Versorgung durch die unzureichende Berücksichtigung der Anforderungen an eine leitliniengerechte Behandlung. Die durch die Richtlinie eingeschränkte Flexibilität beim Einsatz des Personals zusammen mit unverhältnismäßigen Sanktionen verhindert moderne Behandlungskonzepte und führt zur Rationierung von Behandlungsangeboten und zum Rückbau der wichtigen wohnortnahen Versorgung in der Psychiatrie und Psychosomatik.

### Ungeeignete und fehlerhaft verwendete Grundlage der Richtlinie

Für die Ermittlung der Mindestvorgaben wurde im Sinne einer Übergangslösung auf die von 1991 bis 2019 geltende, inzwischen veraltete Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zurückgegriffen. Nach der Psych-PV mussten die Patientinnen und Patienten in bestimmte Behandlungsbereiche und -kategorien eingestuft werden. Für jede in der Psych-PV definierte Berufsgruppe wurden in jeder Behandlungskategorie Minutenwerte für den durchschnittlichen Behandlungsaufwand pro Woche und Station vorgesehen. So ergaben sich Personalanhaltszahlen, die bisher ausschließlich als Grundlage für die Budgetverhandlungen verwendet wurden. Inzwischen entsprechen jedoch weder die Behandlungsbereiche und -kategorien noch die Zuordnung der Minutenwerte zu diesen Kategorien der heutigen Versorgungsrealität. Dies konnte bisher im Rahmen der Durchschnittsbetrachtung über ein gesamtes Jahr

und das ganze Krankenhaus für die Budgetfindung kompensiert werden. Der Personaleinsatz erfolgte dort, wo es die individuellen Patientenbedarfe erforderten. Die nunmehr in der PPP-RL vorgesehenen **Nachweise auf Stations- und Monatsebene stellen jedoch ein Hindernis für den flexiblen Personaleinsatz und damit für die Umsetzung moderner, stationsunabhängiger und setting-übergreifender Konzepte dar.** Zudem haben sich in den letzten drei Jahrzehnten die Regelaufgaben der Berufsgruppen verändert. Insbesondere haben sich die psychiatrische und psychosomatische Pflege weiterentwickelt und ist mittlerweile selbst therapeutisch tätig. Die stations- und monatsbezogenen Mindestvorgaben sind nicht sanktionsbewehrt. Es ist jedoch zu befürchten, dass es zukünftig durch Anpassung der Richtlinie sogar zu sanktionsbewehrten Mindestvorgaben auf Stations- und Monatsebene kommen wird.

Ferner sind die rein pauschalen Anhaltszahlen der Psych-PV zu Mindestvorgaben für jede Berufsgruppe gemacht worden und dienen in dieser Form nicht den Zwecken der Qualitätssicherung. Es bestehen **gut begründete Unterschiede im konkreten Personalbedarf zwischen den Einrichtungen.** Etwas über die Hälfte der Einrichtungen setzt die Psych-PV zu über 100 Prozent um, benötigt also überdurchschnittlich viel Personal. Knapp die andere Hälfte der Einrichtungen setzt die Psych-PV zu unter 100 Prozent um und weist damit einen unterdurchschnittlichen Personalbedarf auf. Zur Umsetzung einer patientenorientierten Behandlung und Berücksichtigung der lokalen Besonderheiten zeigt sich eine Verteilung des Personalbedarfs um einen durchschnittlichen Wert von etwa 100 Prozent der Anhaltszahlen. **Die Übernahme dieses 100-Prozent-Niveaus der veralteten Psych-PV als nicht unterschreitbare Mindestvorgabe der Richtlinie in ein System, das keine Abweichung zulässt, ist nicht sachgerecht.** Das als Mindestvorgabe festgelegte Niveau ist zusätzlich aufgrund des zu engen räumlichen und zeitlichen Bezugs der Mindestvorgaben problematisch.

Für die **Psychosomatik ergeben sich zusätzliche Probleme** mit der Psych-PV als Grundlage der Richtlinie. Die Personalanhaltszahlen der Psych-PV waren zu keinem Zeitpunkt verbindlich für die Psychosomatik. In der PPP-RL wurden überwiegend die über 30 Jahre alten Vorgaben der Psychiatrie für die Psychosomatik, die erst seit 20 Jahren ein eigenes Fachgebiet ist, übernommen. Bis heute stehen keine empirischen Daten zur Verfügung, die als Grundlage für die Ableitung von Personalmindestvorgaben oder für ggf. erforderliche Personalanhaltszahlen in psychosomatischen Einrichtungen dienen könnten. Die Entwicklung von sinnvollen Mindestvorgaben muss auf einer empirischen Datengrundlage erfolgen und wird mehr Zeit in Anspruch nehmen als in der PPP-RL vorgesehen. Die in der PPP-RL normativ festgelegten Personalmindestvorgaben und definierten Regelaufgaben entfalten jedoch – auch ohne finanzielle Sanktionen – bereits jetzt Wirkung und gefährden etablierte Therapieprogramme.

### **Unverhältnismäßigkeit der Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben und gesetzlicher Änderungsbedarf**

Die mangelnde Flexibilität beim Personaleinsatz hat insbesondere in Zusammenhang mit den am 15. Oktober 2020 beschlossenen Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben negative Auswirkungen. Der sanktionierende Vergütungswegfall wird auf die gesamte Quartalsvergütung (Personal- und Sachkosten) einer betroffenen Einrichtung bezogen, sodass ein Vergütungswegfall in drei- bis vierfacher Höhe der entsprechenden Bruttopersonalkosten entsteht. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist hierdurch verletzt.

**Die regionale Versorgungsverpflichtung psychiatrischer Krankenhäuser verstärkt das Problem.** Durch großenteils nicht planbare Aufnahmen dringend zu behandelnder Patientinnen und Patienten bestehen nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten der Patienten- und Belegungssteuerung. Durch die Vorgaben der Richtlinie werden kleine, dezentrale Einheiten strukturell und wirtschaftlich benachteiligt: Je kleiner ein Standort ist, umso größer sind die Aufwände in der Personalvorhaltung und -steuerung. Die unzureichende Flexibilität droht so, insbesondere bei kleineren Einrichtungen (wie z. B. bei Tageskliniken), zu einem Vergütungswegfall und damit zu einer Gefährdung der bestehenden wohnortnahen Versorgung zu führen.

### **Änderungsbedarf der Richtlinie**

Der G-BA muss die Richtlinie grundsätzlich überarbeiten und die Mindestvorgaben auf Basis einer am Patientenbedarf orientierten Systematik mit ausreichender Flexibilität festlegen. Diese neue Systematik muss als Instrument zur Ermittlung des gesamten Personalbedarfs verwendet werden können. Mit dem Auslaufen der Psych-PV zum 31. Dezember 2019 liegt kein Personalbemessungsinstrument mehr vor, welches die Krankenhäuser in den Budgetverhandlungen im Hinblick auf das über die Mindestvorgaben hinaus erforderliche Personal verwenden könnten. Die DKG unterstützt ergebnisoffen die Entwicklung neuer Modelle/Instrumente zur Ermittlung von Personalbedarf **und** Mindestvorgaben. Beispielsweise könnte das sogenannte „Plattformmodell“<sup>10</sup> einen entsprechenden Ansatz bieten.

### **In der Zeit, bis eine neue Systematik zur Verfügung steht, muss der G-BA folgende Anpassungen vornehmen:**

**1. Der Stationsbezug im Rahmen der Nachweise zu den Mindestvorgaben in der Richtlinie muss entfallen.** Das Personal muss dort eingesetzt werden können, wo es sinnvoll ist, und nicht dort, wo es die veraltete Systematik verlangt. In dem Augenblick, in dem ein neues Modell zur bedarfsgerechten Personalbemessung vorliegt, könnten kleinere räumliche und zeitliche Beobachtungseinheiten für die Nachweispflichten erneut geprüft werden.

10: Hauth I, Brückner-Bozetti P, Heuft G, Kölich M, Löhr M, Richert A, Deister A. Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Der Nervenarzt 2019; 90(3):285–292

**2. Eine Anpassung des Standortbezugs der Mindestvorgaben ist unbedingt erforderlich.** Die Mindestvorgaben müssen für jeden Standort eingehalten werden. Je kleiner ein Standort ist, umso größer ist die Gefahr, dass bei Personalausfällen die Mindestvorgaben nicht eingehalten, die Angebote nicht aufrechterhalten werden können und sich der Standort (z. B. Tagesklinik) kurzfristig von der Versorgung abmelden oder schließen muss.

**3. Das Leistungserbringungsverbot nach § 2 Absatz 2 PPP-RL ist nicht umsetzbar.** Dies liegt an der Unabweisbarkeit der Versorgungsverpflichtung psychiatrischer Krankenhäuser und Fachabteilungen nach den Unterbringungsgesetzen der Länder, nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch sowie bei stationärer Behandlungsbedürftigkeit. Der versorgungsgefährdende Widerspruch zwischen der Versorgungsverpflichtung und dem Leistungserbringungsverbot muss aufgelöst werden.

**4. Die Richtlinie muss die Planungssicherheit der Krankenhäuser ermöglichen und garantieren.** Die Bezugsgröße muss vor Beginn eines fairen Planungszeitraums bekannt sein.

**5. Die Flexibilität der Anrechnung der Berufsgruppen muss erhöht werden.** Die sachgerechte Personalplanung aufgrund medizinischer Notwendigkeiten ist maßgeblich für die Behandlungsqualität. Es gibt sonst keinen Bereich in der Medizin, in dem unabhängig von den jeweiligen individuellen Behandlungsnotwendigkeiten starr an einmal abstrakt festgelegten Therapieregimen festgehalten werden muss, weil sonst Sanktionen greifen. Groteskerweise würden künftig auch solche Einrichtungen sanktioniert, die insgesamt mehr Personal als vorgeschrieben vorhalten, dieses aber wegen des Patientenbedarfs und bei sehr guter Behandlungsqualität abweichend von der Mindestvorgabe verteilt haben. Eine Anpassung ist daher dringend erforderlich, um eine Verschlechterung der Behandlungsqualität zu verhindern.

**6. Sanktionen müssen gestuft und verhältnismäßig sein.** Die Sanktionen greifen in psychiatrischen Einrichtungen ab dem 1. Januar 2023. Die Berechnung der Höhe des Vergütungswegfalls wird in § 13 Absatz 5 PPP-RL geregelt. Im Jahr 2023 wird bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben der Anteil der fehlenden Personalstunden mit dem Faktor 1,7 multipliziert. Da der Anteil der fehlenden Stunden auf die gesamte Vergütung projiziert wird, wird dem Krankenhaus auch die Finanzierung für alle weiteren Aufwände (z. B. für Unterkunft und Verpflegung) anteilig entzogen, sodass ein Vergütungswegfall in drei- bis vierfacher Höhe der entsprechenden Bruttopersonalkosten entsteht. Um Fehlanreize zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen zu verhindern, ist diese Höhe der Sanktionen nicht erforderlich und unverhältnismäßig. **Es ist eine Anpassung des Gesetzes dahin gehend erforderlich, dass der vollständige Vergütungswegfall bei Richtlinien, in denen Qualitätsanforderungen nicht für konkrete Leistungen definiert werden, nicht greift und Beratungs- und Unterstüt-**

**zungsmaßnahmen an erster Stelle vorzusehen sind.** Nur auf diese Weise können neben dem Umfang und der Dauer der Nichteinhaltung auch deren Ursachen berücksichtigt werden.

**7. Die Mindestvorgaben für die Psychosomatik bedürfen einer grundsätzlichen Prüfung und Anpassung.** Darauf hatte auch schon das Bundesgesundheitsministerium in seinem Schreiben vom 20. Dezember 2019 im Rahmen einer Auflage hingewiesen. Eine Überprüfung der praktischen Umsetzbarkeit ist bisher nicht erfolgt. Zunächst ist eine valide Datengrundlage erforderlich. Der G-BA hat die Regelaufgaben der Psych-PV auf psychosomatische Einrichtungen übertragen, ohne die verschiedenen Behandlungskonzepte zu berücksichtigen. Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben in der Psychosomatik können erst nach einer entsprechenden Anpassung umgesetzt werden.

### 3.3 Weiterentwicklung des Finanzierungssystems

Das derzeitige System zur Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist geprägt von **ausufernden Dokumentations- und Nachweispflichten sowie von Inkonsistenzen der unterschiedlichen Elemente.** Dadurch ist das System in der Praxis nicht mehr sinnvoll anzuwenden und lässt auch keine politischen Ziele für eine nachhaltige Weiterentwicklung der Versorgung erkennen. Zur Unterstützung der Weiterentwicklung der Versorgung wird **mit dem Optionsmodell ein sektorenübergreifender Finanzierungsansatz vorgeschlagen.** Allerdings wird dieser optionale Ansatz sicherlich nicht für alle Einrichtungen oder Versorgungssituationen geeignet sein, sodass unabhängig von dem Optionsmodell auch die bisherige Regelfinanzierung erhalten bleiben und weiterentwickelt werden muss. Die Streichung des Psych-Krankenhausvergleichs, die Neuausrichtung des PEPP-Systems sowie die Harmonisierung des Psych-Personalnachweises mit den Personalanforderungen des G-BA sind unerlässlich.

#### Leistungsbezogener Krankenhausvergleich (§ 4 BPfIV)

**Der leistungsbezogene Krankenhausvergleich nach § 4 BPfIV ist ersatzlos zu streichen.** Der Krankenhausvergleich kann schon heute keine sinnvolle Orientierungshilfe für eine systematische Annäherung der Krankenhausbudgets bieten, sondern führt in den Budgetverhandlungen lediglich zu Irritationen und unnötigen rechtlichen Auseinandersetzungen über die Auslegung der gesetzlichen Vorschriften. Zudem würde mit der Streichung des Krankenhausvergleichs auch eine wesentliche Voraussetzung für die Entbürokratisierung des PEPP-Systems geschaffen.

Die Erfahrungen in den vergangenen Jahren haben gezeigt, dass das ursprünglich mit der Einführung des PEPP-Systems im Jahr 2012 verbundene Ziel einer leistungsgerechten Vergütung in der Psychiatrie und Psychosomatik nicht erreicht werden kann. Die zum Jahr 2017 mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psycho-

somatische Leistungen (PsychVVG) vollzogene Abkehr vom Preissystem ist daher nach wie vor ausdrücklich zu begrüßen. Allerdings wurde mit der Einführung eines „leistungsbezogenen Vergleichs“ (Psych-Krankenhausvergleich) an der ursprünglichen Zielsetzung festgehalten.

Die Sinnhaftigkeit eines leistungsbezogenen Krankenhausvergleichs ist jedoch nunmehr vor dem Hintergrund der am 19. September 2019 vom G-BA beschlossenen Personalmindestanforderungen kritisch zu hinterfragen. Selbst in der Somatik sind die Grenzen und Fehlsteuerungen einer leistungsabhängigen DRG-Finanzierung inzwischen anerkannt. So hat der Gesetzgeber im Jahr 2020 mit der Einführung des Pflegebudgets und einer Selbstkostenerstattung für die „Pflege am Bett“ in der Somatik einen großen Teil aus der DRG-Vergütung herausgenommen. Es ist nicht mehr nachvollziehbar, warum der leistungsbezogene Finanzierungsansatz in der Psychiatrie und Psychosomatik, wo nicht nur für die Pflege, sondern alle therapeutischen Berufsgruppen kleinteilige Personalanforderungen zu erfüllen sind, beibehalten werden soll.

Aufgrund der hohen Vorhaltungskosten, die überwiegend durch die Personalkosten bestimmt sind, steht der aus dem leistungsbezogenen Krankenhausvergleich resultierende Finanzierungsansatz im Widerspruch zu dem gesundheitspolitischen Ziel, die Personalausstattung der Einrichtungen zu verbessern. Zudem haben die Erfahrungen der letzten Jahre gezeigt, dass es aufgrund der unterschiedlichen Versorgungs- und Kostenstrukturen in den Einrichtungen grundsätzlich nicht möglich ist, psychiatrische „Leistungen“ patienten- bzw. fallbezogen mit OPS-Kodes sinnvoll zu beschreiben und die Behandlungskosten mit der Durchschnittsbetrachtung des PEPP-Systems sachgerecht abzubilden. Entscheidende Aspekte der Leistungsfähigkeit von psychiatrischen Einrichtungen wie die Sicherstellung der wohnortnahen Pflichtversorgung und die unterschiedliche Einbindung in die regionalen Versorgungsstrukturen können mit dem PEPP-System schon methodisch nicht erfasst werden. **Die Finanzierung von psychiatrischen Einrichtungen muss sich daher noch stärker als in der Somatik an den Kosten der erforderlichen Vorhaltung anstatt an den erbrachten Einzelleistungen orientieren.**

#### **PEPP-System (§ 17d KHG)**

**Die im Gesetz verankerte Zielsetzung des PEPP-Systems ist neu auszurichten, sodass die für die Budgetverhandlungen und die gesundheitspolitischen Entscheidungen erforderliche Transparenz erhalten bleibt, das Entgeltssystem weiterhin für die Abrechnung genutzt werden kann, aber gleichzeitig der bürokratische Aufwand für Dokumentation und Rechnungsprüfungen deutlich reduziert wird.**

Eine Beibehaltung des PEPP-Systems als Instrument der Transparenz ist aus Sicht der Krankenhäuser nur nachvollziehbar, wenn damit eine sinnvolle Transparenz über das Patienten- und Leistungsspektrum der Einrichtungen geschaffen wird.

Hierzu ist jedoch nicht die alleinige Ausrichtung des PEPP-Systems auf die durchschnittlichen Fall- und Tageskosten mit der daraus resultierenden Kleinteiligkeit erforderlich. Auch kann eine Verbesserung der Versorgungsqualität nicht durch Rechnungsprüfungen des Medizinischen Dienstes oder komplexe Strukturanforderungen im OPS erreicht werden.

#### **Psych-Personalnachweis (§ 18 Absatz 2 BpflV)**

**Der Psych-Personalnachweis ist entweder ersatzlos zu streichen oder seine gesetzliche Einbindung zumindest so auszugestalten, dass dieser Nachweis ab dem Jahr 2020 konsistent mit den Sanktionsmechanismen des G-BA eingesetzt wird (siehe unten).**

Der Psych-Personalnachweis nach § 18 Absatz 2 BpflV wurde mit dem PsychVVG vom 19. Dezember 2016 eingeführt. Seit dem Jahr 2016 haben die psychiatrischen Einrichtungen die tatsächliche Personalausstattung und die zweckentsprechende Mittelverwendung in den Budgetverhandlungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen. Seit dem Jahr 2020 gilt diese Nachweispflicht auch für psychosomatische Einrichtungen.

Die Einführung des Psych-Personalnachweises war verknüpft mit der in § 18 Absatz 3 BpflV geschaffenen Möglichkeit, das für eine vollständige Umsetzung der Psych-PV zusätzlich erforderliche Personal erhöhend im Budget zu berücksichtigen. Zugleich wurden in § 3 Absatz 3 BpflV die budgetrechtlichen Konsequenzen so geregelt, dass bei einer dauerhaften Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl das Budget abzusenken ist. Mit diesen beiden Regelungen sollte bis zur Umstellung auf die Personalanforderungen des G-BA zum 1. Januar 2020 eine möglichst vollständige Umsetzung der Psych-PV erreicht werden. Diese Zielsetzung wurde auch von den Krankenhäusern unterstützt und daher auch die Nachweispflichten in Verbindung mit der Möglichkeit zur Nachverhandlung von Personal akzeptiert. Ab dem Jahr 2020 ist jedoch die Möglichkeit zur Nachverhandlung von Psych-PV-Personal entfallen. Geblieben sind dagegen die Verpflichtung zur Offenlegung der tatsächlichen Personalausstattung und der Mittelverwendung mit der Konsequenz von Budgetabsenkungen. Dies gilt seit 2020 auch für die psychosomatischen Einrichtungen, die in den Vorjahren kein Psych-PV-Personal aufbauen konnten. Im Ergebnis wurde eine dauerhafte Zweckbindung von Budgetanteilen eingeführt und der Gestaltungsspielraum der Einrichtungen für die Mittelverwendung stark eingeschränkt. Auf der anderen Seite ist jedoch der Anspruch der Krankenhäuser auf eine vollständige Refinanzierung der Personalkosten nicht ausreichend gesetzlich verankert.

## **Budgetvereinbarung, Psych-Personalnachweis und Sanktionen bei Nichteinhaltung der Personalanforderungen des G-BA**

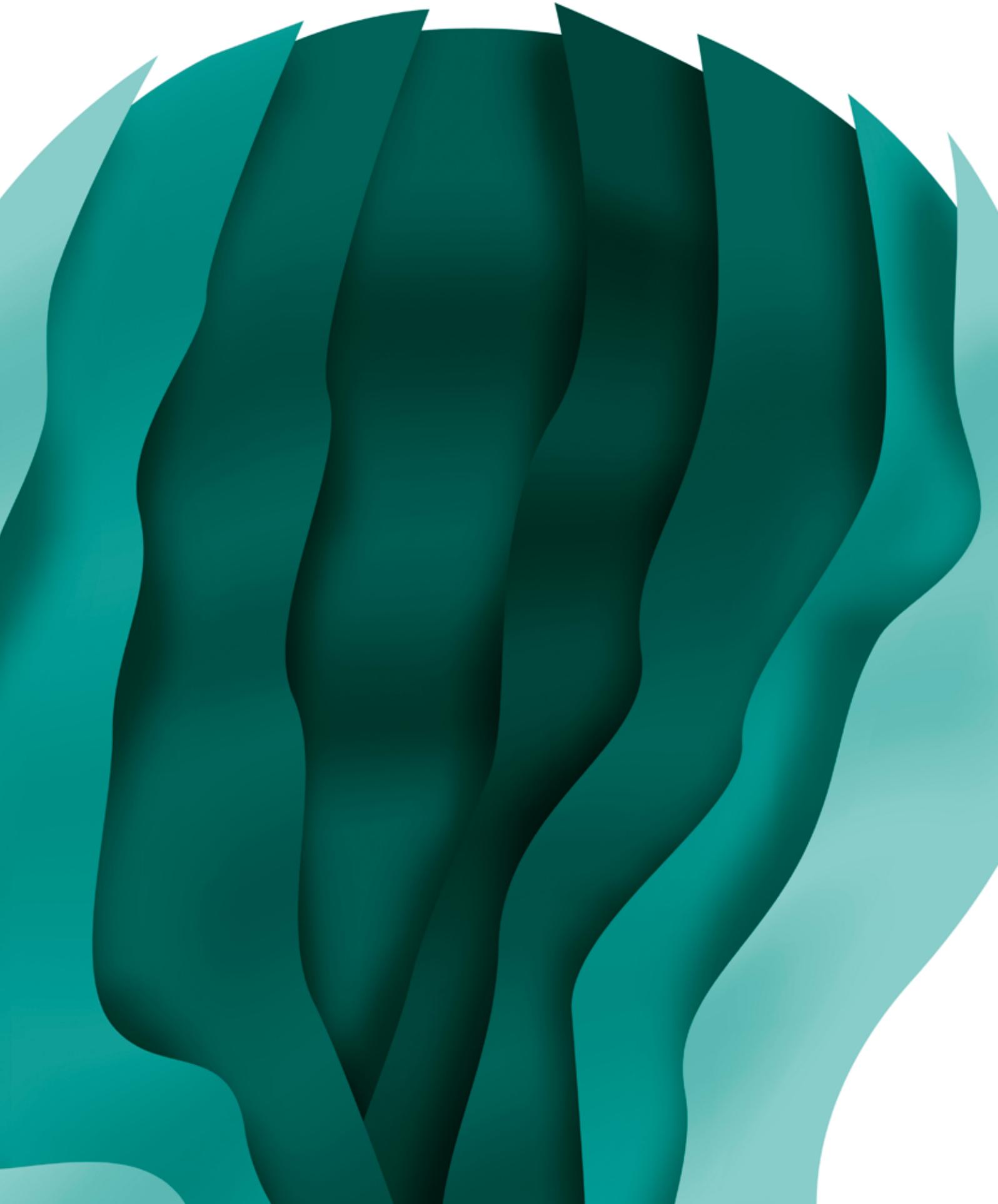
**Die Umsetzung der finanziellen Sanktionen bei Nichteinhaltung der Personalanforderungen des G-BA unter Nutzung des Psych-Personalnachweises ist durch die Selbstverwaltungsparteien nach § 17b KHG zu regeln.**

Die Sanktionsregelungen des G-BA sind mit den budgetrechtlichen Vorschriften der BPfIV nicht konsistent. Das ungeordnete Nebeneinander der finanziellen Konsequenzen aus dem Psych-Personalnachweis und den Sanktionsregelungen des G-BA kann zu dem unsachgerechten Ergebnis führen, dass eine Einrichtung mit zu geringer Personalausstattung sowohl von den Sanktionen des G-BA als auch durch den Psych-Personalnachweis von einer Absenkung des Budgets betroffen ist. **Eine „doppelte“ Bestrafung aufgrund desselben Tatbestands ist nicht zu rechtfertigen** und für die Krankenhäuser inakzeptabel. An dieser Stelle ist eine grundsätzliche Entscheidung der Politik bzw. des Gesetzgebers erforderlich, in welchem Rechtskreis die finanziellen Konsequenzen geregelt werden sollen. Sofern an der bestehenden Umsetzung durch den G-BA festgehalten werden soll, wäre der Psych-Personalnachweis ersatzlos zu streichen. Daher ist die Umsetzung der Sanktionen im Budgetrecht (BPfIV) zu verankern und hierzu die Selbstverwaltung nach § 17b KHG mit der Regelung zur Festlegung und Umsetzung der Sanktionen zu beauftragen. Bei diesem Lösungsansatz kann auch der Psych-Personalnachweis erhalten bleiben und auf der Ortsebene als sinnvolles Instrument für die Analyse der Ursachen einer Personalunterbesetzung und die Ermittlung eines angemessenen Strafmaßes eingesetzt werden.

**Die Regelungskompetenz für die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Personalanforderungen im SGB V ist auf die Selbstverwaltung nach § 17b KHG zu übertragen.** Zudem sind die Selbstverwaltungsparteien nach § 17b KHG in § 9 BPfIV zu beauftragen, das Nähere zur Umsetzung in den örtlichen Budgetverhandlungen sowie die Höhe der Sanktionen in Abhängigkeit des Ausmaßes der Nichteinhaltung und der Ergebnisse des Psych-Personalnachweises nach § 18 Absatz 2 BPfIV unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit zu regeln. Der Psych-Personalnachweis sollte in § 18 Absatz 2 BPfIV so angepasst werden, dass wie bisher die Einhaltung der vom G-BA festgelegten Vorgaben sowie die tatsächliche Personalausstattung in Vollkräften, aber nicht mehr die zweckentsprechende Mittelverwendung, nachzuweisen ist. Somit wird dem gesundheitspolitischen Ziel der Absicherung der Personalausstattung

umfänglich Rechnung getragen, ohne die wirtschaftliche Verantwortung der Krankenhäuser unnötig einzuschränken. Sofern der Gesetzgeber jedoch an dem Mittelverwendungsnachweis und der damit verbundenen Zweckbindung dieser Budgetanteile festhalten sollte, müsste zwingend auch in § 3 BPfIV für die Krankenhäuser ein Rechtsanspruch auf die vollständige Refinanzierung der tatsächlichen Personalkosten verankert werden. Die DKG spricht sich jedoch nachdrücklich gegen dieses Selbstkostendeckungsprinzip aus. Unabhängig davon sollte in jedem Fall gesetzlich sichergestellt werden, dass die tarifbedingten Personalkostenentwicklungen in voller Höhe budgetwirksam werden.





## Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Wegelystraße 3  
10623 Berlin

Tel. **(030) 3 98 01-0**  
Fax **(030) 3 98 01-3000**  
E-Mail **dkgmail@dkgev.de**  
Web **www.dkgev.de**

