

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/3725 –**

Stand der Umsetzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen

Vorbemerkung der Fragesteller

Der deutliche Anstieg von Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern, häufig wiederkehrende stationäre Aufenthalte, lange Wartezeiten in der ambulanten Behandlung und ein fortdauernder Anstieg von frühzeitiger Erwerbsunfähigkeit machen deutlich, dass die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung Verbesserungen bedarf. Ziel muss ein bedarfsgerechtes, regionales, Zwang vermeidendes psychiatrisch bzw. psychotherapeutisches und psychosoziales Versorgungsnetz für alle Altersgruppen sein, welches flexibel verschiedenste personenzentrierte und lebensweltbezogene Behandlungsformen ermöglicht und durch mehr ambulante Krisenintervention und -begleitung stationären Aufenthalten vorbeugt. Ein Entgeltsystem in der Psychiatrie muss diese Veränderungen zudem befördern; es darf nicht alte, streng nach stationär und ambulant getrennte Versorgungssysteme weiter fortschreiben. Die Bundesregierung hat in der letzten Legislaturperiode den dringenden Korrekturbedarf am alten, vom Deutschen Bundestag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, CSU und FDP beschlossenen PEPP-System (Pauschalieren des Entgeltsystems Psychiatrie, und Psychosomatik) erkannt und 2016 ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) auf den Weg gebracht. Das Gesetz hat unter anderem die Voraussetzung dafür geschaffen, Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu überwinden, indem Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in akuten Krankheitsphasen in ihrem Lebensumfeld behandelt werden können, was im Anschluss an die stationäre Versorgung zu einem gleitenden Übergang in den ambulanten Bereich beitragen kann. Allerdings ist die Regelung derart eng gefasst, dass nach Ansicht der Fragesteller fraglich bleibt, ob Krankenhäuser stationsäquivalente Behandlungen anbieten. Sie tun es insbesondere dann nicht, wenn sie sich gleichzeitig dazu verpflichten müssen, die Bettenzahl gegenüber dem Krankenhausplan zu verringern. Es fehlen zudem Maßnahmen für die ambulante Versorgung, die es ermöglichen, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in akuten Krankheitsphasen und Krisen ambulant ausreichend intensiv zu behandeln, um stationäre Aufnahmen im Vor-

feld zu vermeiden. Die Einführung des Budgetsystems geht in die richtige Richtung. Das pauschalierende Preissystem hat vor allem ökonomische Anreize geschaffen, Menschen mit leichteren psychischen Erkrankungen stationär zu behandeln und zugleich Menschen mit schweren oder chronischen psychischen Erkrankungen sowie Kinder und Jugendliche nicht angemessen zu versorgen. Die Neuausrichtung hin zu einem Budgetsystem wurde jedoch nicht konsequent vollzogen. Dies ermöglicht, dass durch die Hintertür eine preisorientierte Kalkulation entlang von Einzelleistungen fortgeschrieben werden kann. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde zudem beauftragt, bis 2020 Personalmindeststandards zu entwickeln. Ausreichend Personal sowie eine damit verbundene verbindliche Personalbemessung in psychiatrischen Einrichtungen sind für eine bedarfsgerechte und gute Versorgung psychisch erkrankter Menschen unabdingbar. Eine Personalbemessung muss deshalb stärker als bisher an den jeweils individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden. Entsprechend muss sichergestellt sein, dass bei der Entwicklung des neuen Personalbemessungsinstruments der therapeutische und pflegerische Aufwand, der für eine erfolgreiche Behandlung notwendige Personalmix sowie der Bedarf für eine zwangsarme Psychiatrie in allen Behandlungsbereichen und -settings berücksichtigt werden. Eineinhalb Jahre nach Inkrafttreten soll ein erster Zwischenstand Aufschluss darüber geben, wie der bisherige Umsetzungsstand des Gesetzes ist.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurden in der vergangenen Legislaturperiode neben der Neuausrichtung des Vergütungssystems auch die Weichen für eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie und Psychosomatik gestellt. Insbesondere die Ausgestaltung des Entgeltsystems als Budgetsystem und die hiermit verbundene Stärkung der Verhandlungsebene vor Ort unterstützen eine auskömmliche Finanzierung der regional jeweils erforderlichen Versorgungsstrukturen. Leistungsbezogene regionale oder strukturelle Besonderheiten können bei den Verhandlungen berücksichtigt werden. Durch die Verlagerung von Aufgaben und Verhandlungsmöglichkeiten von der Bundes- bzw. Landesebene auf die Ortsebene und die damit verbundene Stärkung der Vertragsparteien auf Ortsebene kann auf die jeweilige regionale Versorgungssituation reagiert werden.

An einer leistungsorientierten Vergütung im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik wird dabei festgehalten. Bei zunehmender Transparenz über die psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen wird die Chance für mehr Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Einrichtungen erhöht. Einrichtungen, die aufwendige Leistungen erbringen, sollen diese auch höher vergütet bekommen als Einrichtungen, die weniger aufwendige Patientinnen und Patienten versorgen. Damit trägt das Entgeltsystem unter Berücksichtigung der regional erforderlichen Versorgungsstrukturen zu einer höheren Vergütungsgerechtigkeit bei.

Darüber hinaus wird durch das PsychVVG die sektorenübergreifende Versorgung psychisch kranker Menschen gestärkt, indem für stationäre Einrichtungen die Möglichkeit zur Erbringung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld eröffnet wird. Entgegen der Annahme der Fragesteller besteht im Rahmen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung keine gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser, ihre Bettenzahl gegenüber der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl zu verringern.

Mit dem PsychVVG wurde die Selbstverwaltung mit verschiedenen Regelungen beauftragt, die bislang fristgerecht vereinbart wurden. So ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beauftragt, zur Sicherung der Behandlungsqualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung bis zum 30. September 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 verbindliche Mindestpersonalvorgaben zu beschließen. Nach § 136a Absatz 2 Satz 3 SGB V ist er gehalten, die Mindestpersonalvorgaben auf möglichst breiter wissenschaftlicher Evidenz festzulegen, damit eine leitliniengerechte Behandlung gewährleistet werden kann. Die Bundesregierung geht davon aus, dass der G-BA bei der Umsetzung des gesetzlichen Auftrages die Besonderheiten dieses sehr personalintensiven Bereiches, in dem ausreichend Personal für eine bedarfsgerechte und gute Versorgung psychisch erkrankter Menschen von hoher Relevanz ist, in angemessener Weise berücksichtigt. Die Bundesregierung verfolgt den weiteren Entwicklungsprozess aufmerksam.

Umsetzung Nachweispflicht

1. Wie viele psychiatrische Krankenhäuser und Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern sind nach Kenntnis der Bundesregierung der Nachweispflicht für 2016 voll nachgekommen, d. h. Nachweis der notwendigen und vereinbarten Stellen sowie der jahresdurchschnittlichen tatsächlichen Stellenbesetzung (bitte in absoluten Zahlen und als Prozentsatz aller psychiatrischen Krankenhäuser angeben)?

Nach Information des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) liegen – bezogen auf die Einrichtungen mit Meldepflicht gemäß der Psych-Personalnachweis-Vereinbarung – mit Stand vom 10. August 2018 für das Jahr 2016 von insgesamt 479 Einrichtungen von 401 bzw. 83,7 Prozent die Angaben vor. Hierzu ist anzumerken, dass psychosomatische Einrichtungen und Einrichtungen mit Modellvorhaben nach § 64b SGB V gemäß § 2 Absatz 3 und 4 der Vereinbarung von der Meldepflicht ausgenommen sind. Von den 401 Einrichtungen sind 123 Einrichtungen ihrer Meldeverpflichtung vollständig nachgekommen. 278 der 401 Einrichtungen unterliegen der Ausnahmeregelung gemäß § 8 Absatz 5 Psych-Personalnachweis-Vereinbarung, nach der Krankenhäuser vom Nachweis und der Übermittlung der vereinbarten Stellenbesetzung befreit sind, soweit in Budgetvereinbarungen nach § 11 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) für das Jahr 2016 oder das Jahr 2017, die vor dem 1. August 2017 genehmigt wurden, die Angaben nicht vollständig dokumentiert wurden. Angaben der Einrichtungen, die dieser Ausnahmeregelung unterliegen, werden entsprechend der Psych-Personalnachweis-Vereinbarung als vollständig übermittelt gewertet.

2. Wie viele psychiatrische Krankenhäuser und Fachabteilungen sind nach Kenntnis der Bundesregierung der Nachweispflicht bis zum 1. März 2018 bzw. bis zur Nachmeldefrist zum 1. Mai 2018 voll nachgekommen (bitte in absoluten Zahlen und als Prozentsatz aller psychiatrischen Krankenhäuser angeben)?

Gemäß § 8 Absatz 9 Psych-Personalnachweis-Vereinbarung informiert das InEK die Vertragsparteien auf Bundesebene über den Stand der Datenübermittlung zu bestimmten Stichtagen. Für das Jahr 2017 haben – bezogen auf die Einrichtungen mit Meldepflicht gemäß der Psych-Personalnachweis-Vereinbarung – zum Stichtag 31. März 2018 57 von 481 Einrichtungen die Daten vollständig übermittelt (11,9 Prozent). Zum Stichtag 31. Mai 2018 haben 210 von 481 Einrichtungen die Daten vollständig übermittelt (43,7 Prozent). 60 der 210 Einrichtungen unterlie-

gen der Ausnahmeregelung gemäß § 8 Absatz 5 Psych-Personalnachweis-Vereinbarung, nach der Krankenhäuser vom Nachweis und der Übermittlung der vereinbarten Stellenbesetzung befreit sind, soweit in Budgetvereinbarungen nach § 11 BPflV für das Jahr 2016 oder das Jahr 2017, die vor dem 1. August 2017 genehmigt wurden, die Angaben nicht vollständig dokumentiert wurden. Angaben der Einrichtungen, die dieser Ausnahmeregelung unterliegen, werden entsprechend der Psych-Personalnachweis-Vereinbarung als vollständig übermittelt gewertet.

3. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung der durchschnittliche Umsetzungsgrad der Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psych-PV) insgesamt sowie in den verschiedenen Berufsgruppen (bitte Durchschnitt aller psychiatrischen Krankenhäuser nach Berufsgruppen sowie jeweils höchste bzw. niedrigste Werte und Perzentile angeben)?

Nach Information des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ist aufgrund der derzeitig noch unzureichenden Datenlage und der laufenden Plausibilisierung eine kurzfristige Auswertung zum Umsetzungsgrad der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) nicht möglich. Die Ergebnisse würden zum jetzigen Zeitpunkt noch keine belastbaren Aussagen erlauben. Nach Auskunft der Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene werden diese in den kommenden Wochen ein entsprechendes Auswertungskonzept abstimmen. Ziel ist die Bereitstellung umfassender Auswertungen gemäß der „Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 BPflV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Absatz 2 Satz 2 und 3 BPflV“.

4. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung einen Unterschied zwischen öffentlichen, kirchlichen bzw. freigemeinnützigen und privaten Trägern (bitte nach Trägern aufschlüsseln)
 - a) bei der Erfüllung der Nachweispflicht und
 - b) bei der Umsetzung der Psych-PV?
5.
 - a) Wie stark werden nach Kenntnis der Bundesregierung Psych-PV-Berufsgruppen miteinander ersetzt (bitte nach Berufsgruppen, insgesamt und nach Trägern aufschlüsseln)?
 - b) In welchem Ausmaß werden nach Kenntnis der Bundesregierung Berufsgruppen angerechnet, die nicht in der Psych-PV enthalten sind?
 - c) Welche Berufsgruppen werden auf welche Psych-PV-nachweispflichtigen Berufsgruppen angerechnet?

Die Fragen 4 und 5 bis 5c werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zur Beantwortung der Fragen liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

6. Wie bewertet die Bundesregierung die bisherige Umsetzung der Psych-PV?

Aufgrund der bisherigen Datenlage und der laufenden Plausibilisierung ist nach Auffassung der Bundesregierung eine Bewertung zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich. Auf die Antworten zu den Fragen 2 und 3 wird verwiesen.

7. a) Wie beurteilt die Bundesregierung die Umsetzung der Nachweispflicht durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den GKV-Spitzenverband?
- b) Wie beurteilt die Bundesregierung, dass weite Teile der Psychosomatik, aber auch Modellvorhaben nach § 64b, von der Nachweispflicht ausgenommen sind?
- c) Wie bewertet die Bundesregierung, dass
- externe Beschäftigte,
 - Überstunden und
 - Bereitschaftsdienste,
 - anteilig Auszubildende und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung
- auf die Psych-PV angerechnet werden können?
- d) Hält die Bundesregierung aufgrund der stark zusammengefassten Form der Daten im Nachweis, in dem unter anderem keine Unterteilung nach Stationen vorgesehen ist sowie die Anzahl der Leitungskräfte sowie die Anrechnung der Ausfallzeiten nicht gesondert nachvollzogen werden können, eine Überprüfung, ob die angegebenen Daten der Realität auf den Stationen entsprechen, auf dieser Grundlage für realistisch (vgl. Anlage der Psych-Personalnachweis-Vereinbarung: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/2017_06_26_Psych-Personalnachweis-Vereinbarung.pdf)?
8. Sollten nach Ansicht der Bundesregierung die betrieblichen Interessenvertretungen der psychiatrischen Einrichtungen Zugang zu den Nachweisdaten aus der Psych-PV haben, da diese Daten Aufschluss über die Personalplanung, die Arbeitsbelastung und damit verbunden mögliche Gesundheitsgefährdungen geben könnten?
9. Hält es die Bundesregierung für angemessen, wenn Beschäftigte, die in einem Psych-PV-Beruf ausgebildet wurden, jedoch in einem anderen Bereich des Krankenhauses, und dort nicht in der direkten Patientinnenversorgung und Patientenversorgung, eingesetzt werden, auf die Erfüllung der Psych-PV angerechnet werden?

Die Fragen 7 bis 7d, 8 und 9 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Gesetzgeber hat gemäß § 9 Absatz 1 Nummer 8 BPflV den GKV-SV und den Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) beauftragt, gemeinsam mit der DKG (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 BPflV bis zum 31. März 2017 die Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Absatz 2 Satz 2 und 3 BPflV zu vereinbaren. Gemäß § 18 Absatz 2 Satz 2 BPflV hat das Krankenhaus für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 dem InEK und den anderen Vertragsparteien nach § 11 BPflV nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden. Dabei hatten die Vertragsparteien auf Bundesebene zu berücksichtigen, dass die Ausgestaltung des Nachweises insbesondere gewährleistet, dass zukünftig bezogen auf die einzelne psychiatrische und psychosomatische Einrichtung belastbare Informationen über die von den Vertragsparteien nach § 11 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vereinbarte Stellenbesetzung, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen, sowie den Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen nach der Psych-PV beziehungsweise ab dem Jahr 2020 nach den

vom G-BA nach § 136a Absatz 2 SGB V festgelegten Vorgaben zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal vorliegen. Um in einem Routineverfahren aussagekräftige Daten zu gewinnen, musste zudem ein einheitlicher Datenaufbau sowie eindeutige Datenübermittlungsvorschriften vereinbart werden.

Diesen gesetzlichen Auftrag haben die Vertragsparteien auf Bundesebene erfüllt und die „Psych-Personalnachweis-Vereinbarung“, auf die in der Antwort zu Frage 7 Bezug genommen wird, abgeschlossen.

Vereinbarungen zu Einzelfragen, beispielsweise die Anrechnung bestimmter Berufsgruppen, unterliegen der Ausgestaltung durch die Selbstverwaltung, die die Erwägungen des Gesetzgebers zu berücksichtigen hat.

Die Beteiligung der betrieblichen Interessenvertretung ist in den in Frage 8 genannten Fällen gewährleistet. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, der betrieblichen Interessenvertretung, d. h. dem Betriebsrat, rechtzeitig und umfassend die Informationen zu erteilen und auf dessen Verlangen die Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die zur Durchführung seiner gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Zu diesen Aufgaben gehört u. a. die Wahrnehmung aller Mitbestimmungsrechte, z. B. bei Arbeitszeit und Gesundheitsschutz im Betrieb. Über die Personalplanung, insbesondere über den gegenwärtigen und künftigen Personalbedarf sowie über die sich daraus ergebenden personellen Maßnahmen hat der Arbeitgeber den Betriebsrat anhand von Unterlagen rechtzeitig und umfassend zu unterrichten und mit diesem Art und Umfang der erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

Umsetzung stationsäquivalente Behandlung

10. In wie vielen Einrichtungen wird nach Kenntnis der Bundesregierung die stationsäquivalente Behandlung gemäß § 115d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) umgesetzt?

Zur Umsetzung der seit Jahresbeginn 2018 möglichen Erbringung stationsäquivalenter Behandlung liegen nur erste Erkenntnisse vor, die keine weitreichenden Schlussfolgerungen erlauben. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im Juni 2018 eine Abfrage zum Stand der Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung bei den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene durchgeführt. Nach Kenntnis des GKV-SV haben bislang drei Krankenhäuser mit den Krankenkassen Leistungen und Entgelte zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld vereinbart. Zudem machen mindestens sieben weitere Krankenhäuser von der Möglichkeit Gebrauch, bei noch nicht abgeschlossenen und genehmigten Budgetvereinbarungen Ersatzbeträge abrechnen zu können. Die DKG geht davon aus, dass es je Bundesland eine geringe einstellige Anzahl von Krankenhäusern gibt, die die Erbringung stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlungsleistungen beabsichtigen.

11. Wie viele Patientinnen und Patienten werden nach Kenntnis der Bundesregierung bereits durch eine stationsäquivalente Behandlung behandelt?

Daten zur Anzahl der Patientinnen und Patienten, die eine stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld erfahren haben, werden jahresbezogen erhoben. Erste amtliche Daten werden daher erst im Jahr 2019 vorliegen. Zur Zahl der durch eine stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld behandelten Patientinnen und Patienten liegen der Bundesregierung daher keine Informationen vor. Auf die Antwort zu Frage 10 wird verwiesen.

12. Welche ersten Erfahrungen liegen der Bundesregierung vor, und welche Schlüsse zieht sie daraus?
13. Hält die Bundesregierung die Vereinbarung zwischen DKG und GKV-Spitzenverband (vgl. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/2017_08_01_KH_Vereinbarung_StaeB_115_d_Abs_2_SGB_V_Unterschriftenfassung.pdf und www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_Vereinbarung_Leistungsbeschreibung_stationsaequiv.psych_Behandlung_31.03.2017.pdf) für ausreichend und flexibel genug, insbesondere was die Personalausstattung, den Betreuungszeitraum und die Betreuungsintensität betrifft?

Die Fragen 12 und 13 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die bislang geringe Anzahl der an der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Krankenhäuser lässt sich nach Einschätzung des GKV-SV auch darauf zurückführen, dass die Budgetvereinbarungen auf der Ortsebene überwiegend erst im laufenden oder folgenden Jahr abgeschlossen und genehmigt werden. Darüber hinaus beanspruche die organisatorische Vorlaufzeit in den Krankenhäusern zur Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung mehrere Monate. Aus der Abfrage bei den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene folgt indes auch, dass an der Einführung der stationsäquivalenten Behandlung ein großes Interesse bei den Krankenhäusern besteht.

Nach Auskunft der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene bestehen teils Meinungsverschiedenheiten zwischen den Krankenhäusern und den Kostenträgern im Rahmen der Verhandlungen zwischen den Vertragsparteien auf der Ortsebene sowie Abgrenzungsfragen zum Verhältnis der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im Verhältnis zu anderen Behandlungsformen. Umsetzungshindernisse könnten sich aus dem vergleichsweise hohen Vorhaltungsaufwand sowie der im Einzelfall fehlenden Eignung des jeweiligen häuslichen Umfelds ergeben. Das BMG geht davon aus, dass die Krankenhäuser und die Krankenkassen anfängliche Unsicherheiten bei der Einführung der bislang nicht gesetzlich vorgesehenen Behandlungsform im Sinne einer zeitnahen und flächendeckenden Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung kurzfristig beseitigen, und wird den weiteren Umsetzungsprozess eng begleiten.

Schließlich ist in § 115d Absatz 4 SGB V vorgesehen, dass die mit dem Psych-VVG geschaffene neue Behandlungsmöglichkeit durch einen Evaluierungsprozess flankiert wird. Der GKV-SV, der PKV-Verband und die DKG werden dem BMG bis zum 31. Dezember 2021 einen Bericht über die Auswirkungen dieser neuen Behandlungsform auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vorlegen. Spätestens auf dieser Grundlage sind Schlussfolgerungen zur Umsetzung und zu den Auswirkungen der stationsäquivalenten Behandlung zu ziehen und ist über etwaigen Änderungsbedarf zu entscheiden.

Umsetzung Verringerung der Dokumentationslast

14. Wie weit sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Arbeiten zur Verringerung der Dokumentationslast fortgeschritten (Vereinfachung der OPS-Schlüssel – OPS = Operationen- und Prozedurenschlüssel –, Vereinfachung und Pauschalierung des PEPP-Entgeltsystems)?
15. Hält die Bundesregierung diese Maßnahmen für ausreichend, um die häufig kritisierte Dokumentationslast in den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen auf ein angemessenes Maß zu reduzieren?
16. Hält die Bundesregierung weitere Maßnahmen für notwendig, und wenn ja, welche?

Die Fragen 14 bis 16 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Mit dem PsychVVG wurden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, jährlich zu prüfen, ob Schlüssel des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) gestrichen werden können, weil sie sich für Zwecke des leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems nach § 17d KHG als nicht erforderlich erwiesen haben. Auf der Grundlage der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene soll dann das DIMDI eine Streichung von Schlüsseln aus den medizinischen Klassifikationen prüfen und vornehmen. Von einer Streichung kann das DIMDI lediglich dann absehen, wenn diese Schlüssel für andere Zwecke (z. B. zur Qualitätssicherung oder für andere Abrechnungssysteme) erforderlich sind sowie durch die Streichung die Konsistenz der Klassifikation beeinträchtigt würde.

GKV-SV, DKG und PKV-Verband haben bis zum 31. März 2017 im Vorschlagsverfahren beim DIMDI für den OPS des Jahres 2018 einen konsentierten Streichvorschlag eingebracht. Darüber hinaus haben sowohl GKV-SV als auch DKG unabhängig voneinander mehrere Vorschläge in das OPS-Vorschlagsverfahren 2018 beim DIMDI eingereicht. Insgesamt wurden 101 Vorschläge von verschiedenen Akteuren für die Weiterentwicklung des OPS-Kataloges für das Jahr 2018 beim DIMDI eingebracht, die im Vorschlagsverfahren des DIMDI erörtert wurden. Dem Auftrag des PsychVVG entsprechend, den Dokumentationsaufwand des Vergütungssystems auf das notwendige Maß zu begrenzen, sieht der aktuelle OPS für das Jahr 2018 gegenüber dem Vorjahr die Streichung bzw. Zusammenlegung von insgesamt 10 Kodes im Psych-Bereich vor. Im Vorschlagsverfahren für den OPS des Jahres 2019 wurden insgesamt 63 Vorschläge von verschiedenen Akteuren zum Psych-Bereich des OPS eingebracht. Dabei wurden verschiedene Möglichkeiten zur Streichung von Kodes diskutiert. Da die Analysen des InEK aus der diesjährigen Kalkulationsrunde noch nicht vorliegen, dauert die Prüfung noch an. Diese Prüfung entspricht den Vorgaben des PsychVVG, das ausdrücklich an dem Ziel einer erhöhten Leistungstransparenz festhält. Mit Blick auf den leistungsbezogenen Vergleich sind die medizinischen Fachgesellschaften und weitere Beteiligten in der Pflicht, unter Berücksichtigung einer sparsamen Dokumentation geeignete Vorschläge für eine aussagekräftige Beschreibung der Leistungen vorzulegen.

Krankenhausvergleich

17. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Stand der Umsetzung des leistungsbezogenen Krankenhausvergleichs gemäß § 4 der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV)?

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 BPfIV die Einzelheiten zum leistungsbezogenen Vergleich bis zum 1. Januar 2019 zu treffen. Derzeit dauern die Verhandlungen noch an.

Personalmindeststandards

18. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Stand der Erstellung der vom G-BA in Auftrag gegebenen Studie zur Erhebung und Analyse des Ist-Zustandes der Personalausstattung in psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen?
19. Wie begleitet die Bundesregierung den Prozess der Erstellung der Personalmindeststandards durch den Gemeinsamen Bundesausschuss?

Die Fragen 18 und 19 werden wegen des Sachzusammenhanges gemeinsam beantwortet.

Vertreter des BMG als zuständiger Rechtsaufsichtsbehörde nehmen regelmäßig an den Sitzungen der Arbeitsgruppen des G-BA teil. Die Beratungen der Arbeitsgruppen, in denen auch die Studie zur Erfassung des Ist-Zustands der Personalausstattung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Gegenstand der Diskussion ist, unterliegen der Vertraulichkeit. Die mit der Studiendurchführung vom G-BA beauftragte Gruppe von Wissenschaftlern der GWT-TUD GmbH unter der Studienleitung von Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen informiert auf der Internetseite der Studie insbesondere auch über den Stand der Studie (abrufbar unter: <https://gwt-ppp.de/index.php>).

20. Welche Erwartung hat die Bundesregierung an die Personalmindeststandards, und wie stellt die Bundesregierung sicher, dass diese den Anforderungen gemäß § 136a Absatz 2 SGB V sowie § 70 SGB V einer qualitätsgesicherten und bedarfsgerechten Versorgung genügen?
21. Welche Maßnahmen zieht die Bundesregierung in Betracht, falls die vom G-BA erarbeiteten Personalmindeststandards den Anforderungen gemäß § 136a Absatz 2 SGB V sowie § 70 SGB V einer qualitätsgesicherten und bedarfsgerechten Versorgung nicht gerecht werden?

Die Fragen 20 und 21 werden wegen des Sachzusammenhanges gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung erwartet, dass der G-BA den gesetzlichen Auftrag aus § 136a Absatz SGB V fristgerecht bis spätestens zum 30. September 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 erfüllt und die verbindlichen Vorgaben beschließen wird. Die Bundesregierung sieht keine Veranlassung dazu, den noch laufenden Verhandlungen vorzugreifen.

22. Erwartet die Bundesregierung durch die neuen Personalmindeststandards Mehrkosten für die Krankenkassen, und wenn ja, in welcher Höhe?

Da die vom G-BA bis zum 30. September 2019 vorzulegenden verbindlichen Mindestpersonalvorgaben in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung noch nicht bekannt sind, ist eine Abschätzung eventueller Mehrausgaben derzeit nicht möglich. Unabhängig davon gilt, dass, soweit erforderlich, eventuell

entstehende Mehrkosten durch die Mindestpersonalvorgaben des G-BA ab dem Jahr 2020 – auch oberhalb der Obergrenze – krankenhausesindividuell bei der Verhandlung des Gesamtbetrags zu berücksichtigen sind (§ 3 Absatz 3 Satz 5 BpflV).

23. a) Inwieweit erwartet die Bundesregierung durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 24. Juli 2018 zu Zwangsfixierungen Auswirkungen auf die Erstellung der Personalmindeststandards?

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 24. Juli 2018 bezog sich auf zwei Fälle einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung im Rahmen des Bayerischen Unterbringungsgesetzes und des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten Baden-Württemberg. Es ist zunächst Aufgabe der Länder, das Urteil zu bewerten und rechtlichen Anpassungsbedarf für ihre jeweiligen Gesetze zu prüfen. Den Ländern Bayern und Baden-Württemberg hat das BVerfG aufgetragen, ihre Gesetze bis zum 30. Juni 2019 zu ändern und einen verfassungsgemäßen Zustand herbeizuführen.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass auch der G-BA das Urteil bei der Erstellung der Personalmindeststandards in seine Überlegungen miteinbezieht.

- b) Könnten nach Ansicht der Bundesregierung Zwangsmaßnahmen durch mehr Personal, insbesondere Pflegepersonal, weitgehend reduziert werden?

Vertiefte Erkenntnisse zu Aspekten der Zwangsvermeidung erwartet die Bundesregierung durch zwei derzeit vom BMG geförderte Forschungsprojekte. Das Projekt „Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion (ZIPHER)“ des Zentrums für Psychiatrie Südwestfalen zielt auf eine Erfassung und vertiefende Analyse von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung. Im Rahmen eines zweiten Projektes der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. soll insbesondere untersucht werden, welche Maßnahmen geeignet sind, Zwang zu vermeiden oder zu vermindern. Ergebnisse werden Ende 2019 vorliegen.

24. a) Wie wird die Bundesregierung eine lückenlose Fortgeltung verbindlicher Personalmindeststandards sicherstellen, falls der G-BA seinem Auftrag gemäß § 136a Absatz 2 SGB V nicht fristgerecht zum 30. September 2019 nachkommt und bedarfsgerechte, ausreichende Personalmindeststandards bis dahin nicht erarbeitet worden sind?
- b) Plant die Bundesregierung für diesen Fall eine weitere Verlängerung der Psych-PV?
- c) Plant die Bundesregierung, in diesem Fall eine Ersatzvornahme vorzunehmen?

Die Fragen 24a bis 24c werden gemeinsam beantwortet.

Die gesetzliche Frist für den Beschluss verbindlicher Mindestvorgaben für die Ausstattung mit therapeutischen Personal in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung läuft bis zum 30. September 2019 und bietet damit noch umfassende Zeitreserven. Darüber hinaus beteiligt sich die Bundesregierung nicht an Spekulationen für den Fall einer möglichen Fristüberschreitung. Auf die Antwort zu den Fragen 20 und 21 wird verwiesen.

Situation in den Kinder- und Jugendpsychiatrien

25. a) Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die derzeitige Situation bei der Besetzung der Stellen in den Kinder- und Jugendpsychiatrien?
- b) Wie viele Stellen sind nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit in den Kinder- und Jugendpsychiatrien unbesetzt?
- c) Wie hoch ist nach Ansicht der Bundesregierung der Personalbedarf in den Kinder- und Jugendpsychiatrien?
- d) Benötigen nach Ansicht der Bundesregierung die Kinder- und Jugendpsychiatrien aufgrund ihrer Besonderheit eine von der Erwachsenenpsychiatrie abweichende Personalausstattung?

Die Fragen 25a bis 25d werden gemeinsam beantwortet.

Das Statistische Bundesamt veröffentlicht Zahlen zur Personalbesetzung in Krankenhäusern, die für die Psychiatrie unter dem folgenden Link veröffentlicht sind: www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORM_PROC?TARGET=&PAGE=_XWD_420&OPINDEX=2&HANDLER=XS_ROTATE_ADVANCED&DATACUBE=_XWD_448&D.000=PAGE&D.003=PAGE&D.927=PAGE&D.938=ACROSS&D.922=DOWN&D.100=PAGE. Grundsätzlich sind nach noch geltender Rechtslage die Vorgaben der PsychPV zur Kinder- und Jugendpsychiatrie (§§ 8, 9 PsychPV) zu 100 Prozent einzuhalten. Gemäß § 136a Absatz 2 Satz 7 SGB V hat der G-BA bei den Festlegungen verbindlicher Mindestpersonalvorgaben für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung die Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich insbesondere aus den altersabhängigen Anforderungen an die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben. Informationen über unbesetzte Stellen oder zum Personalbedarf liegen der Bundesregierung nicht vor. Die Frage, ob Psychiatrien für Erwachsene eine Personalausstattung abweichend von der Personalausstattung der Psychiatrien für Kinder benötigen, ist durch den G-BA im Rahmen der Vorgaben nach § 136a SGB V zu entscheiden.

26. a) Welche Gründe und Ursachen sind der Bundesregierung bekannt, wieso Stellen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unbesetzt sind?
- b) Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus den Ergebnissen der Erhebung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) im diesjährigen „Psychiatrie Barometer 2017/2018“ eines zunehmenden Fachkräftemangels in Psychiatrien und psychiatrischen Abteilung in Krankenhäusern insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. www.dki.de/sites/default/files/downloads/psychiatrie_barometer_2017_2018_final.pdf)?
- c) Inwieweit wirken sich nach Ansicht der Bundesregierung die Faktoren gute Bedingungen in der Ausbildung, gute Arbeitsbedingungen und angemessene Bezahlung auf eine Verbesserung der Personalausstattung in den Kinder- und Jugendpsychiatrien aus?
- d) Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus den Gründen für einen Personalmangel in den Kinder- und Jugendpsychiatrien, und welche Maßnahmen sind nach Ansicht der Bundesregierung notwendig, um einer Unterversorgung entgegenzuwirken?

Die Fragen 26a bis 26d werden gemeinsam beantwortet.

Das Psychiatrie-Barometer des Deutschen Krankenhausinstituts gibt in Einzelfragen, wie zum Fachkräftemangel im ärztlichen Dienst beim Pflegepersonal in der

Kinder- und Jugendpsychiatrie, wertvolle Hinweise im Hinblick auf unbesetzte Stellen. Die Bundesregierung hat darauf bereits mit dem PsychVVG reagiert. Insbesondere durch die Einführung von verbindlichen Mindestpersonalvorgaben nach § 136a Absatz 2 SGB V wird erwartet, dass sich die Personalausstattung in der Psychiatrie verbessert.

Auch im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die laufende Legislaturperiode wird die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes im besonderen Maße thematisiert. Er beinhaltet in diesem Zusammenhang die unnachlässige Zielsetzung, auch in den kommenden Jahren die Pflege und die häusliche Versorgung zu verbessern und hierbei insbesondere die Arbeitsbedingungen von Fachkräften und Betreuern in der Pflege so attraktiv zu machen, dass ausreichend Menschen den Pflegeberuf ergreifen und beibehalten.