

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

#### **auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/2813 –**

#### **Vorgaben der Richtlinie über die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik – Kritik von betroffenen Fachverbänden und Fachgesellschaften**

##### **Vorbemerkung der Fragesteller**

Die Richtlinie über die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) legt seit Januar 2020 verbindliche Vorgaben zur Mindestausstattung des therapeutischen Personals in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern fest. Beschlossen wurde die PPP-RL im Jahr 2019 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Zuletzt hatte der Gemeinsame Bundesausschuss eine Anpassung der PPP-RL mit Beschluss vom 16. September 2021 vorgenommen. Obwohl der Gesetzgeber ausdrücklich vorgesehen hatte, dass der G-BA bei den Mindestvorgaben für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Stärkung der Psychotherapie berücksichtigen soll, wurden wesentliche Anpassungen nicht vorgenommen: Die Minutenwerte für Psychotherapie pro Patientin bzw. Patient und pro Woche wurden nicht angepasst. Trotzdem machte das Bundesministerium für Gesundheit von einer Beanstandung keinen Gebrauch (vgl. BptK, 2021, abrufbar unter: <https://www.bptk.de/psychotherapeutische-versorgung-in-der-psychiatrie-bleibt-mangelhaft/>).

Auch die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Personalvorgaben wurden seither mehrfach verschoben. So forderte die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Jahr 2021 in ihrem Beschluss, die Sanktionen der Richtlinie auszusetzen, bis eine umfassende Anpassung der Richtlinie erfolgt ist (vgl. Beschluss GMK 2021, abrufbar unter <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html%5D> (<https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1145&jahr=2021>)). Nach heutigem Stand sollen die Sanktionen für psychiatrische Einrichtungen ab 2023 und für psychosomatische Einrichtungen ab 2024 greifen. Krankenhäuser und Fachverbände kritisieren die Richtlinie seit ihrer Einführung (vgl. Pressemitteilung DKG, abrufbar unter <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/personal-richtlinie-fuer-die-psychiatrie-findet-wenig-zustimmung/>), sowie Pressemitteilung BAG Psychiatrie, abrufbar unter [https://www.bag-psychiatrie.de/wp-content/uploads/2022/05/Neue\\_Richtlinie\\_zur\\_Personalausstattung\\_in\\_der\\_Psychiatrie\\_und\\_Psychosomatik\\_V1.0.pdf](https://www.bag-psychiatrie.de/wp-content/uploads/2022/05/Neue_Richtlinie_zur_Personalausstattung_in_der_Psychiatrie_und_Psychosomatik_V1.0.pdf)).

Kritisiert werden von betroffenen Fachverbänden u. a. starre Vorgaben in der Richtlinie. In dieser werden auf Bundesebene verbindliche Mindestpersonalvorgaben für verschiedene Berufsgruppen (Ärzte, Pflege etc.) definiert. Die

Mindestpersonalvorgaben sind gemäß der Richtlinie von den einzelnen Einrichtungen für jede therapeutisch und pflegerisch tätige Berufsgruppe in Form von Vollkraftstunden zu berechnen und je Quartal nachzuweisen (vgl. §§ 6 und 11 PPP-RL). Die Anrechenbarkeit zwischen den Berufsgruppen sei hierbei stark eingeschränkt. Im Bereich der Psychosomatik bestehen derzeit Übergangsweise berufsgruppenübergreifende Anrechnungsmöglichkeiten (vgl. § 8 Absatz 3 Satz 4 PPP-RL). Um vorhandene Personalengpässe in den Berufsgruppen zu überwinden, sollte dieser Ansatz nach Auffassung betroffener Fachverbände verstetigt und auf die Psychiatrie ausgeweitet werden (vgl. etwa Positionspapier DKG, abrufbar unter [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2\\_Themen/2.3\\_Versorgung-Struktur/2.3.8\\_Psychiatrie-Psychosomatik/2.3.8.5\\_Positionen\\_der\\_DKG\\_zur\\_psychiatrischen\\_und\\_psychosomatischen\\_Versorgung\\_fuer\\_die\\_20\\_Legislaturperiode\\_des\\_Deutschen\\_Bundestages/DKG-POSITIONEN\\_PSYCHIATRIE\\_UND\\_PSYCHOSOMATIK\\_DER\\_20\\_LEGISLATURPERIODE.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.8_Psychiatrie-Psychosomatik/2.3.8.5_Positionen_der_DKG_zur_psychiatrischen_und_psychosomatischen_Versorgung_fuer_die_20_Legislaturperiode_des_Deutschen_Bundestages/DKG-POSITIONEN_PSYCHIATRIE_UND_PSYCHOSOMATIK_DER_20_LEGISLATURPERIODE.pdf)).

Außerdem wird befürchtet, dass sich das Problem des Fachkräftemangels durch die zentrale Definition von Personalvorgaben nicht lösen lasse (vgl. Bibliomed, abrufbar unter <https://www.bibliomedmanager.de/news/wir-mutieren-vom-versorgungsgestalter-zum-minutenverwalter>). Aufgrund fehlender Fachkräfte in medizinischen Fachberufen könnten keine neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewonnen werden. Bereits heute sei jede zweite Stelle in psychiatrischen Krankenhäusern unbesetzt (vgl. DKI Psychiatrie-Barometer 2019/2020, abrufbar unter [https://www.dki.de/sites/default/files/2020-12/Psych-Barometer\\_2019\\_2020\\_final\\_1.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/2020-12/Psych-Barometer_2019_2020_final_1.pdf)). Dieses Problem werde sich weiter verschärfen und zu weiteren Stations- und Klinikschließungen führen, wenn die Mindestpersonalvorgaben ab 2024 nach § 16 PPP-RL zu 100 Prozent eingehalten werden müssen, so die Annahmen der Fachverbände.

Des Weiteren werden die bei Nichteinhaltung der Vorgaben vorgesehenen Sanktionen als überzogen bewertet. Bei Nichterfüllung der Vorgaben drohe den Kliniken ab 2023 bzw. 2024 ein Vergütungswegfall in drei- bis vierfacher Höhe der entsprechenden Bruttopersonalkosten (vgl. § 13 PPP-RL). Diese aus Sicht der Fachverbände überzogene Sanktion werde zu Klinikschließungen führen, vor allem, wenn die bevorstehende Anhebung auf 100 Prozent der Mindestpersonalvorgaben erfolgt (vgl. Stellungnahme DGPPN et al., abrufbar unter [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/2e0c42e2273067d5e2cee2e1a43783684b01a464/2019-06-07\\_gemeinsames%20Statement\\_Richtlinie%20Personal%20G-BA\\_fin\\_mit%20Logos.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/2e0c42e2273067d5e2cee2e1a43783684b01a464/2019-06-07_gemeinsames%20Statement_Richtlinie%20Personal%20G-BA_fin_mit%20Logos.pdf)).

Im Übrigen würden die Vorgaben der Richtlinie die Situation vor Ort und die Versorgung spezifischer Krankheitsbilder zu wenig berücksichtigen. Patientinnen und Patienten z. B., die unter Krankheitsbildern wie Depressionen oder Essstörungen leiden, seien meist mobil und könnten selbständig ihren Alltag bewältigen, hätten dafür aber einen hohen Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung. Die PPP-RL formuliert bekanntlich vor allem Vorgaben für Pflegepersonal. Für Kliniken mit psychotherapeutischem Ansatz und einem hohen Anteil an Psychologinnen und Psychologen und niedrigem Bedarf an Pflege aber seien die Vorgaben nicht passend (vgl. etwa Pressemitteilung der DGPM, abrufbar unter <https://www.dgpm.de/de/presse/presse-informationen/presse-information/es-droht-grosser-schaden-fuer-die-psychosomatische-versorgung/>). Um die Richtlinie und die Mindestpersonalvorgaben in der Pflege zu erfüllen, müssten diese Häuser erfahrene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entlassen, um im stark umkämpften Arbeitsmarkt Pflegekräfte zu gewinnen, die an anderer Stelle dringend benötigt würden. Die Richtlinie müsste daher ermöglichen, dass mehr Psychologinnen und Psychologen eingestellt und von den Kassen refinanziert werden, dafür aber weniger Pflegekräfte (vgl. etwa BDPK auf Klinikfakten, abrufbar unter <https://www.klinik-fakten.de/faktencheck/artikel/ungeeignete-personal-vorgaben-fuer-psychiatrie-und-psychosomatik>).

Schließlich werden von den betroffenen Fachverbänden kleinteilige und praxisferne Nachweispflichten kritisiert: Die aus Sicht der Verbände negative Wirkung der Richtlinie werde dadurch verschärft, dass sie kleinteilige und ex-

trem aufwendige Nachweise vorsehe, etwa dass die Personalbesetzung monatlich pro Standort zu erfassen und quartalsweise nachzuweisen ist – und dies mit Stationsbezug (vgl. § 11 PPP-RL). Mit einer modernen psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sei dies nicht vereinbar. Schon längst lasse sich das beschäftigte Personal nicht mehr der einzelnen Station zuordnen. Moderne, sektorübergreifend ausgerichtete psychiatrische Behandlungskonzepte erforderten einen Personaleinsatz, der sich nicht mehr am tradierten Stationsbegriff orientiere, sondern Behandlungskontinuität, beispielsweise auch in tagesklinischen oder stationsäquivalenten Behandlungsphasen, sicherstelle. Indikationsspezifische Angebote, etwa im Bereich der Spezial- und Bewegungstherapie, richteten sich in aller Regel an Patientinnen und Patienten vieler Stationen. Wenn nun das gesamte Personal wieder der Station zugeordnet werden müsse, dann werde Versorgung in ein „Stationskorsett“ gepresst, das die psychiatrische und psychosomatische Versorgung in längst überwundene Versorgungsstrukturen zurückwerfe. Der Nachweis pro Standort stelle kleine dezentrale patientennahe Tageskliniken und Satelliteneinrichtungen von Fachkrankenhäusern vor erhebliche Probleme. Hier sollten Lösungen gefunden werden, die die regionalen Besonderheiten in der Zusammenarbeit und in der Vernetzung der dezentralen Angebote besser berücksichtigen (vgl. etwa Stellungnahme VKD et al., abrufbar unter: [https://www.vkd-online.de/wp-content/uploads/2021/11/2020-02-06\\_PPP-RL\\_Stellungnahme-der-Verba%CC%88n.de.pdf](https://www.vkd-online.de/wp-content/uploads/2021/11/2020-02-06_PPP-RL_Stellungnahme-der-Verba%CC%88n.de.pdf)).

Abschließend seien die Regelungen der Bundespflegesatzverordnung zur Finanzierung des PPP-RL-Personals nach Ansicht der Krankenhäuser nicht ausreichend klar formuliert. Krankenkassen in Baden-Württemberg beispielsweise stellten die Refinanzierung der Personalkosten für die erforderlichen Stellen für die Mindestbesetzung nach PPP-RL strittig und würden versuchen, anderslautende Schiedsstellenentscheidungen zu beklagen. Die im Gesetzgebungsverfahren wiederholt geäußerte Klarstellung, dass das gesamte therapeutische PPP-RL-Personal zu Tariflöhnen zu refinanzieren sei, finde sich in der Bundespflegesatzverordnung nicht ausreichend klar wieder. Damit stünden die Krankenhäuser aktuell vor dem Dilemma, ggf. Personal nachweisen zu müssen, für das eine ausreichende Finanzierung nicht sichergestellt sei ([https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2\\_Themen/2.3\\_Versorgung-Struktur/2.3.8\\_Psychiatrie-Psychosomatik/2.3.8.5\\_Positionen\\_der\\_DKG\\_zur\\_psychiatrischen\\_und\\_psychosomatischen\\_Versorgung\\_fuer\\_die\\_20\\_Legislaturperiode\\_des\\_Deutschen\\_Bundestages/DKG-POSITIONEN\\_PSYCHIATRIE\\_UND\\_PSYCHOSOMATIK\\_DER\\_20\\_LEGISLATURPERIODE.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.8_Psychiatrie-Psychosomatik/2.3.8.5_Positionen_der_DKG_zur_psychiatrischen_und_psychosomatischen_Versorgung_fuer_die_20_Legislaturperiode_des_Deutschen_Bundestages/DKG-POSITIONEN_PSYCHIATRIE_UND_PSYCHOSOMATIK_DER_20_LEGISLATURPERIODE.pdf)).

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) den Auftrag, mit Wirkung zum 1. Januar 2020 verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal festzulegen. Der G-BA hat am 19. September 2019 die „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ (PPP-RL) beschlossen. Der Beschluss wurde dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung gemäß § 94 Absatz 1 SGB V vorgelegt und nicht beanstandet. Das BMG kann einen Richtlinienbeschluss des G-BA beanstanden, wenn er sich im Rahmen der vom BMG durchgeführten Rechtskontrolle als rechtswidrig erweist. Das Vorliegen eines Rechtsverstoßes konnte hier nicht festgestellt werden. Das BMG ist demgegenüber nicht befugt, vom G-BA getroffene medizinisch-fachliche Bewertungen durch eigene, gegebenenfalls abweichende fachliche Einschätzungen zu ersetzen. Der Gesetzgeber hat dem G-BA als Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung Normsetzungskompetenzen in eigener fachlicher Verantwortung übertragen, in die das BMG nicht aufgrund eigener Zweckmäßigkeitserwägungen durch Ausübung einer Fachaufsicht eingreifen darf. Vor diesem Hin-

tergrund wurde der G-BA in die Beantwortung dieser kleinen Anfrage eingebunden. Weiterführende Hinweise zur PPP-RL finden sich unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/>.

1. Werden nach Kenntnis und Einschätzung der Bundesregierung Kliniken aufgrund der Mindestvorgaben der Richtlinie in Kombination mit dem Fachkräftemangel schließen müssen, und wenn ja, wie viele?
2. Sind etwaige Schließungen nach Auffassung der Bundesregierung in die gesundheitsstrukturellen Ziele und Planungen zur zukünftigen Klinikstruktur einkalkuliert?
3. Teilt die Bundesregierung die Befürchtungen der Fachverbände, dass insbesondere kleine Einheiten mit besonderer Bedeutung für die Versorgung in ländlichen Gebieten von Schließungen bedroht sind?

Die Fragen 1 bis 3 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Weder der Bundesregierung noch dem G-BA liegen Informationen oder Prognosen dazu vor, ob Krankenhäuser aufgrund der Anwendung der PPP-RL in Kombination mit einem Fachkräftemangel schließen müssen. Ergänzend wird vom G-BA darauf hingewiesen, dass die PPP-RL eine Vielzahl von Handlungsalternativen für die Krankenhäuser vorsieht, die eine vorausschauende flexible Personalplanung ermöglichen. So sind nach § 2 Absatz 5 Satz 3 PPP-RL die Mindestanforderungen quartalsdurchschnittlich einzuhalten. Danach kann zwischen den Wochen und Monaten des jeweiligen Quartals ein Ausgleich vorgenommen werden. Damit können nicht nur Belegungsspitzen, sondern auch Personalausfälle über das gesamte Quartal ausgeglichen werden. Im Ergebnis müssen dann lediglich am Ende des Quartals die Mindestanforderungen rechnerisch im Durchschnitt erfüllt sein. Für die Krankenhäuser ist damit eine hohe Flexibilität in der Personalplanung und im Personaleinsatz gegeben.

Zudem kann gemäß § 8 Absatz 3 PPP-PL eine Anrechnung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen erfolgen. Umfasst davon ist beispielsweise die Anrechnung zwischen der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte auf der einen und der Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen auf der anderen Seite. Möglich ist aber gemäß § 8 Absatz 4 PPP-RL auch eine Anrechnung von Fachkräften, die kein direktes Beschäftigungsverhältnis mit den jeweiligen Krankenhäusern haben. Nach § 8 Absatz 5 PPP-RL können auch Fach- und Hilfskräfte angerechnet werden, die als Berufsgruppe nicht in der PPP-RL benannt sind, gleichwohl aber über entsprechende Qualifikationen verfügen.

Schließlich können die Krankenhäuser nach den in § 10 Absatz 1 PPP-RL geregelten Ausnahmetatbeständen bei kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen (Nummer 1), bei kurzfristig stark erhöhter Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung (Nummer 2) und bei gravierenden, strukturellen oder organisatorischen Veränderungen der Einrichtung (Nummer 3) von den Mindestanforderungen abweichen.

Sollte trotz der bestehenden Flexibilität bei der Personalplanung eines Krankenhauses die Mindestvorgaben im Quartalsdurchschnitt nicht erfüllen, sieht die PPP-RL erst ab dem Jahr 2023 als Sanktion den Wegfall des Vergütungsanspruchs vor. Ein Leistungserbringungsverbot oder gar eine Schließung des Krankenhauses ist jedoch nicht Regelungsgegenstand der PPP-RL.

Der G-BA hat – wie dargelegt – auf der Grundlage von § 136 SGB V auch Versorgungsfragen im Blick. Im Übrigen sind für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung die Länder zuständig.

4. Finden die Lage und die Zukunft der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in der Arbeit der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung des Bundesministeriums für Gesundheit Berücksichtigung?

Die Regierungskommission bearbeitet zu diesem Zeitpunkt unter anderem die folgenden Themen:

Moderne und bedarfsgerechte Krankenhausstruktur und -versorgung, bundeseinheitliche Definition von Versorgungsstufen und Leistungsgruppen, Konzepte, um Aspekte wie Erreichbarkeit und demographische Entwicklung für die Krankenhausplanung zu berücksichtigen, Anforderungen an bzw. Handlungsnotwendigkeiten zur Erreichung einer bedarfsgerechten Krankenhausstruktur, zielgenaue Steigerung der Versorgungsqualität, Entwicklung einer dauerhaft tragfähigen Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich, Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung, Definition, Einflussfaktoren, Auswirkungen, Entwicklung und Weiterentwicklung in Bezug auf die Versorgung, die Weiterentwicklung der ambulanten Bedarfsplanung und der stationären Krankenhausplanung zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung und die Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials bisher unnötig stationär erbrachter Leistungen bei der Krankenhausplanung (Hybrid-DRGs). Die Stellungnahmen zu diesen Themen werden aller Voraussicht nach auch die Fächer Psychiatrie und Psychosomatik berühren.

Es ist vor dem Hintergrund der oben genannten Agenda zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht geplant, dass sich die Regierungskommission zeitnah in einer eigenen Stellungnahme ausschließlich mit der Lage und Zukunft der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser und deren spezifischen Problemlagen beschäftigen wird. Für die Zukunft ist dies aber nicht ausgeschlossen.

5. Welche Auswirkungen hätten die ggf. nach Kenntnis und Einschätzung der Bundesregierung zu erwartenden Klinikschließungen auf die Sicherstellung der stationären und teilstationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung?

Für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung sind die Länder zuständig.

6. Welche Haftungsrisiken bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung, wenn regionale Pflichtversorger allgemein die Aufnahme von Patientinnen und Patienten ablehnen müssen, weil z. B. wegen Krankheit, Fachkräftemangels etc. die Personalvorgaben nicht erfüllt werden können?

Die Teilnahme von Krankenhäusern mit einer Fachabteilung für Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und/oder Kinder- und Jugendpsychiatrie an der regionalen Pflichtversorgung wird im Rahmen der Krankenhausplanung durch die Länder festgelegt.

Anlässlich der Verhandlungen auf der Ortsebene ist auch die Vereinbarung von Regelungen für Zu- oder Abschlüsse für die Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung zu prüfen. Die PPP-RL sieht – wie auch in der Antwort der Bundesregierung zu Frage 1 dargelegt – Ausnahmetatbestände für eine Abweichung von den verbindlichen Mindestvorgaben vor, beispielsweise bei kurz-

fristigen krankheitsbedingten Personalausfällen oder bei einer kurzfristig stark erhöhten Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung im Sinne einer regionalen Pflichtversorgung. Da die Bundesregierung keine Kenntnis von den entsprechenden Vereinbarungen hat, liegen ihr auch keine Kenntnisse zu etwaigen Haftungsrisiken vor.

7. Welche besonderen Risiken sind nach Kenntnis und Auffassung der Bundesregierung zu berücksichtigen, wenn Kliniken insbesondere solche Patientinnen und Patienten nicht mehr aufnehmen können, die zur Abwehr einer akuten Gefahr für sich und andere gegen ihren Willen auf der Grundlage der Psychiatrie-Kranken-Hilfe-Gesetze der Länder oder auf zivilrechtlicher Grundlage untergebracht werden?

Nach § 10 Absatz 1 Nummer 2 PPP-RL können Krankenhäuser bei einer kurzfristig stark erhöhten Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder auch landesrechtlicher Verpflichtung im Sinne einer regionalen Pflichtversorgung zur Aufnahme von den verbindlichen Mindestvorgaben für die Personalausstattung abweichen. Der somit in der PPP-RL für diese besondere Patientengruppe geregelte Ausnahmetatbestand wird durch die von den Ländern zu treffenden Regelungen zu den landesrechtlichen Verpflichtungen der Krankenhäuser konkretisiert.

8. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung von betroffenen Fachverbänden, dass durch die Richtlinie individuelle Versorgungskonzepte behindert und die Psychiatrie in das alte System der „Verwahrpsychiatrie“ zurückgeworfen werde (<https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/06/BPtK-Zukunft-Pr%C3%BCfsteine-f%C3%BCr-eine-moderne-Psychiatrie.pdf>)?

Wenn ja, welche Konsequenzen zieht sie daraus?

Durch die PPP-RL werden Mindestvorgaben für die Personalausstattung geregelt. Vorgaben für Versorgungskonzepte oder sonstige medizinisch-fachlichen Inhalte für die jeweilige Versorgung der Patientinnen und Patienten werden in der PPP-RL nicht geregelt.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die PPP-RL neben den Mindestvorgaben zur Personalausstattung auch keine weiteren Strukturanforderungen festlegt, so dass den Einrichtungen die betriebsinterne Organisation der Patientenversorgung weiterhin freisteht.

Der G-BA hat die aktuell diskutierten Instrumente (u. a. Plattform-Modell, Setting-Modell, PEPP-basiertes Modell) zur Ermittlung von Mindestpersonalvorgaben in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik geprüft. Demnach hat keines der geprüften Modelle bisher einen hinreichenden Reifegrad erlangt oder wurde in der Praxis erprobt, Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen liegen nicht vor. Deshalb orientiert sich die PPP-RL bisher an den Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) und sieht sich damit im Einklang mit dem Gesetzgeber und der Gesetzesbegründung zum § 136a Absatz 2 SGB V. Mit der Erstfassung der PPP-RL wird in einer ersten Stufe die Ausgestaltung der Personalvorgaben etabliert, die während der Entwicklung eines zukunftsorientierten Modells Geltung findet.

Um eine belastbare Datengrundlage für die Weiterentwicklungen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu schaffen, wird mit der PPP-RL eine Strukturerhebung zur Personalausstattung in den betroffenen Einrichtungen auf den Weg gebracht. Dabei wird auch erhoben, inwieweit die Kliniken etwa an Modellvorhaben nach § 64b SGB V teilnehmen oder in nicht-

stationsbezogenen Einheiten mit innovativem Behandlungskonzept organisiert sind.

Die ersten Ergebnisse der Strukturabfrage und sich daraus gegebenenfalls ableitbarer Anpassungsbedarf der PPP-RL werden derzeit in den Gremien des G-BA beraten.

9. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung zur Beseitigung des Fachkräftemangels in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken?

Die Bundesregierung hat wichtige Ausbildungen für das in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik erforderliche Personal – soweit erforderlich und soweit es die Zuständigkeiten des Bundes zulassen – reformiert und modernisiert, um durch attraktive Ausbildungen für junge Menschen Anreize zu setzen, die entsprechenden Ausbildungsgänge zu wählen. Die neue Psychotherapeutenausbildung ist am 1. September 2020 in Kraft getreten, die neue Pflegeausbildung, die für alle Auszubildenden einen Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung umfasst, am 1. Januar 2020.

10. Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass die aktuellen Mindestpersonalvorgaben in der PPP-RL ausreichend sind, um psychisch kranken Patientinnen und Patienten die Versorgung zukommen zu lassen, die sie benötigen, und wenn ja, warum?

Gemäß § 2 Absatz 1 PPP-RL haben die Krankenhäuser über die Vorgaben in § 107 Absatz 1 SGB V hinaus auch jederzeit das für die Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung der Patientinnen und Patienten erforderliche Personal vorzuhalten.

Um mit Implementierung der PPP-RL einen Beitrag zur leitliniengerechten Versorgung psychisch und psychosomatisch kranker Menschen leisten zu können, wurden durch den G-BA umfangreiche Leitlinienextraktionen und acht Fachexpertengespräche zu den Aufwänden einer leitliniengerechten Behandlung durchgeführt. Im Ergebnis wurden die personellen Mindestvorgaben (in Minutenwerten) im Vergleich zur Psych-PV dort erhöht, wo in den Expertengesprächen Defizite benannt wurden: bei der Psychotherapie und der Pflege von Patientinnen und Patienten mit einer Intensivbehandlung. Ziel ist, die Psychotherapie in den Krankenhäusern zu stärken und die menschenwürdige Betreuung bei psychisch kranken Menschen zu gewährleisten.

Darüber hinaus verweist § 11 Absatz 9 PPP-RL auf die nach § 136d SGB V ständige Beobachtungspflicht des G-BA zur Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, in dessen Rahmen er die Anforderungen der PPP-RL und deren gegebenenfalls erforderliche Anpassung auf Grundlage der Daten des Nachweisverfahrens nach § 11 PPP-RL überprüft. Dementsprechend sind in § 1 Absatz 3 in Verbindung mit § 14 PPP-RL auch Regelungen zur kontinuierlichen Prüfung und Weiterentwicklung normiert.

Im Übrigen wird auch auf die Antwort zu Frage 8 verwiesen.

11. Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass psychisch kranke Patientinnen und Patienten in der stationären Versorgung durchschnittlich einen höheren psychotherapeutischen Versorgungsbedarf haben als in der ambulanten Versorgung und eine intensivere psychotherapeutische Behandlung im Krankenhaus sicherzustellen ist?

Wenn ja, ist die Bundesregierung der Auffassung, dass dies durch die aktuellen Mindestanforderungen an die Berufsgruppen der Ärzte und Psychotherapeuten in der PPP-RL gewährleistet werden kann?

Nach Aussagen des G-BA liegen keine Vergleichsdaten zum psychotherapeutischen Versorgungsbedarf im stationären und ambulanten Setting vor. Folglich kann die PPP-RL auch keine Aussagen dazu treffen, ob psychisch kranke Menschen in der stationären Versorgung durchschnittlich einen höheren psychotherapeutischen Versorgungsbedarf haben als in der ambulanten Versorgung bzw. eine intensivere psychotherapeutische Behandlung im Krankenhaus sicherzustellen ist.

Gleichwohl ist der G-BA gemäß § 14 Absatz 2 PPP-RL derzeit mit einer Überprüfung der normierten Minutenwerte insbesondere für die Berufsgruppen der Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befasst. Ein Abschluss der Beratungen und damit verbundene etwaige Anpassungen sind bis zum 30. September 2022 vorgesehen.

12. Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass mit der letzten Änderung der PPP-RL – mit Beschluss vom 16. September 2021 – der gesetzliche Auftrag, die psychotherapeutische Versorgung von psychisch kranken Menschen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken zu stärken, umgesetzt wurde?

Wenn ja, worin bestand die Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung konkret?

Mit dem Beschluss des G-BA vom 16. September 2021 sollte der gesetzliche Auftrag zur Stärkung der Psychotherapie entsprechend ihrer Bedeutung in der Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter zunächst in einem ersten Schritt mit der umfangreichen Anpassung der Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anlage 4 der PPP-RL erfolgen.

Gemäß § 14 Absatz 2 Satz 2 PPP-RL ist in einem zweiten Schritt die Prüfung und ggf. Anpassung der Mindestvorgaben (insbesondere der Minutenwerte) für psychotherapeutisch tätiges Fachpersonal vorgesehen, sobald die dafür benötigten Nachweisdaten vorliegen (vergleiche auch die Antwort zu Frage 11).

13. Ist es aus Sicht der Bundesregierung notwendig, dass die Minutenwerte pro Patientin bzw. Patient und pro Woche für Psychotherapie in der PPP-RL erhöht werden, um eine leitlinienorientierte Versorgung zu gewährleisten, und wenn nein, warum nicht?

Auf die Antworten zu den Fragen 10 bis 12 wird verwiesen.



14. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass aus den IST-Daten der Personalausstattung ermittelt werden kann, wie viel Psychotherapie für eine leitliniengerechte Versorgung in den Psychiatrien notwendig ist, und wenn ja, warum?

Der G-BA hat gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal festzulegen. Diese Mindestvorgaben sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.

Für die Umsetzung dieses Regelungsauftrags ist zunächst die Bestimmung des Ist-Zustands der Personalausstattung – möglichst nach Berufsgruppen und Qualifikationsmerkmalen unter Berücksichtigung von Angaben zu Ausfallzeiten bezogen auf die einzelnen therapeutischen Einheiten – erforderlich. Die erforderlichen Daten sollen über die in der PPP-RL geregelten Nachweisverfahren und Strukturabfragen erhoben und ausgewertet werden.

Erst auf dieser Grundlage können dann weitere Schritte zur Ermittlung des konkreten Bedarfs an Psychotherapie für eine leitliniengerechte stationäre Versorgung bestimmter Patientengruppen veranlasst werden.

Vor diesem Hintergrund hat der G-BA sich auch zu einer schrittweisen und kontinuierlichen Weiterentwicklung der PPP-RL verpflichtet.

15. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass der Zeitbedarf zur Erfüllung der Anforderungen an die Dokumentation von Behandlungen und den Austausch mit weiterbehandelnden Einrichtungen seit Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) gestiegen, gleichgeblieben oder geringer geworden sind?

Ist dies aus Sicht der Bundesregierung bei der Festlegung der Personalmindestanforderungen in der PPP-RL systematisch berücksichtigt worden?

Nach Aussagen des G-BA liegen dort keine Informationen zu dem mit der Umsetzung der Psych-PV verbundenen Erfüllungs- oder Dokumentationsaufwand vor. Folglich können auch keine Aussagen dazu getroffen werden, wie sich diese Aufwände zwischen deren Inkrafttreten am 1. Januar 1991 und Außerkrafttreten am 1. Januar 2020 entwickelt haben. Vor dem Hintergrund, dass es sich bei der Psych-PV um ein Personalbemessungsinstrument und bei der PPP-RL um eine Richtlinie zur Festlegung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung handelt – beide Instrumente also unterschiedlichen Zwecken dienen – ist eine Vergleichbarkeit zudem fraglich.

16. Ist es nach Auffassung der Bundesregierung notwendig, dass gesetzlich klargestellt wird, dass zusätzliche Personalstellen, die über die Mindestvorgaben der PPP-RL hinausgehen, refinanziert werden müssen, wenn dies für die Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Kliniken notwendig ist?

Mit dem Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) wurde in § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) explizit geregelt, dass Mehrkosten, die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für eine über die Mindestvorgaben der PPP-RL hinausgehende erforderliche Ausstattung mit therapeutischem Personal entstehen, ebenfalls im Gesamtbetrag zu berücksichtigen und damit zu finanzieren sind.

17. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entsprechend ihrem Kompetenzprofil die Behandlungsleitung in Kooperation mit Fachärztinnen und Fachärzten in Kliniken übernehmen können, und wenn nein, warum nicht?

Die PPP-RL regelt keine über die festgelegten Mindestvorgaben für die Personalausstattung hinausgehenden weiteren Strukturanforderungen. Die PPP-RL enthält insoweit auch keine Vorgaben zu der aufgeworfenen Frage, ob Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entsprechend ihrem Kompetenzprofil die Behandlungsleitung in Kooperation mit Fachärztinnen und Fachärzten in Kliniken übernehmen können.

Ungeachtet dessen ist auch mit Blick auf die in der PPP-RL festgelegten Mindestvorgaben für die Personalausstattung zu berücksichtigen, dass gemäß § 8 Absatz 3 PPP-RL bei der tatsächlichen Personalausstattung gerade eine Anrechnung zwischen der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte auf der einen und der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf der anderen Seite erfolgen kann, soweit diese gemäß Anlage 4 der PPP-RL Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen.

18. Welche Kosten entstehen den Kliniken nach Kenntnis und Einschätzung der Bundesregierung aus dem zusätzlichem Dokumentations- und Steuerungsaufwand der Richtlinie?

Sind diese in den Vergütungen umfassend abgebildet?

Gemäß § 91 Absatz 10 SGB V ermittelt der G-BA die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel seiner Verfahrensordnung die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer. Die durch Erfüllungsaufwände – wie beispielsweise Steuerungsaufwand – entstehenden Kosten werden dabei nicht berücksichtigt.

Die Bürokratiekostenermittlung kann jeweils der Anlage 1 der Tragenden Gründe zum „Beschluss über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Erstfassung“ vom 19. September 2019, „Beschluss über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen“ vom 15. Oktober 2020 sowie „Beschluss über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Überarbeitung weiterer Regelungen“ vom 16. September 2021, entnommen werden.

Unabhängig davon basiert das von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen anzuwendende pauschalierende Entgeltsystem auf einer empirischen Datengrundlage, der ein Vollkostenansatz zugrunde liegt. Den Einrichtungen entstehender Aufwand, wie beispielsweise Dokumentations- und Steuerungsaufwand, wird daher im Rahmen der jährlich stattfindenden Kalkulation im pauschalierenden Entgeltsystem berücksichtigt. Zudem ist das Entgeltsystem als Budgetsystem ausgestaltet und nicht wie bei dem pauschalierenden Entgeltsystem in somatischen Krankenhäusern als Preissystem. Die Vertragsparteien vor Ort vereinbaren daher im Rahmen der jährlichen Budgetvereinbarungen krankenhausindividuelle Basisentgeltwerte und sie haben dabei regelhaft die Möglichkeit, regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung krankenhausindividuell zu berücksichtigen.

19. Ist sich die Bundesregierung der Kritik bewusst, dass wegen des aus Sicht der Fragesteller erheblichen bürokratischen Dokumentations- und Steuerungsaufwands wertvolle Arbeitszeit der therapeutischen Fachkräfte verloren geht und damit die Behandlungsqualität gemindert wird?
20. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um diesen aus Sicht der Fragesteller bürokratischen Dokumentations- und Steuerungsaufwand in den Kliniken zu mindern?

Die Fragen 19 und 20 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Qualität der Patientenversorgung kann zwangsläufig nur dann gesichert und verbessert werden, wenn die Maßnahmen dokumentiert, überprüft und bei Bedarf angepasst werden (sogenannter PDCA-Zyklus). Anderenfalls kann keine belastbare Aussage über Änderungen der Behandlungsqualität der therapeutischen Fachkräfte getroffen werden. Zudem ist jedes neue Qualitätssicherungsverfahren zunächst mit einem Implementierungsaufwand verbunden, der sich mit einkehrender Routine reduziert (vergleiche auch die Antwort der Bundesregierung zu Frage 18).

Gleichwohl ist nach § 14 Absatz 2 Satz 3 PPP-RL zu prüfen, ob die in § 2 vorgesehene monatliche Dokumentation durch eine andere Systematik ersetzt werden kann, die den mit der Richtlinie verfolgten Qualitätssicherungszwecken in angemessener Form Rechnung trägt und ob in der Praxis alternative, stations-ersetzende Modelle etabliert sind, deren Berücksichtigung beim Nachweisverfahren zur Verringerung des Dokumentationsaufwands führen. Der G-BA berät derzeit über diesbezüglich erforderlichen Anpassungsbedarf der PPP-RL.

21. Wie wird die Bundesregierung ggf. sicherstellen, dass die Personalkosten für die gesamten in der PPP-RL geforderten Personalstellen von den Krankenkassen im Rahmen der Tarife auch refinanziert werden?

Die Finanzierung der Umsetzung der Mindestvorgaben der PPP-RL wird durch die gesetzliche Regelung in § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 BPflV sichergestellt. Die mit der Richtlinie des G-BA im einzelnen Krankenhaus verbundenen Mehrkosten sind demnach über den Gesamtbetrag zu berücksichtigen. Dafür darf auch der Veränderungswert als Obergrenze für den Gesamtbetrag überschritten werden (§ 3 Absatz 3 Satz 5 BPflV).

