

Quo vadis Psychiatrie – DKG Live-Stream Veranstaltung am 5. Juli 2021 16.00h-19.00h

Versorgung rückwärtsgewandt? Auswirkungen der PPP-RL

Eine Chancen-Risikobewertung für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Dr. med. Margitta Borrmann-Hassenbach, Vorstandin kbo - Kliniken des Bezirks Oberbayern

Titel des bundesweiten Experiments: Pauschale Festlegung von Personalmindestausstattungen psychiatrischer und psychosomatischer Kliniken in Deutschland auf Basis des 30 Jahre alten Personalbemessungsinstruments zur Budgetfindung von Einrichtungen (Psych-PV)

Zuordnung zu den aktuellen Handlungsfeldern Psychiatrie und Psychosomatik:

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Versorgungsqualität | <input type="checkbox"/> Digitalisierung | <input type="checkbox"/> Fokusangebote für seltene Erkrankungen und Spezialisierung |
| <input type="checkbox"/> Mitarbeitergewinnung und -bindung | <input type="checkbox"/> Wirtschaftlichkeit | |

Kurzbeschreibung des Sachverhalts und Hintergründe der PPP-RL

- ▶ **Auftrag des Gesetzgebers im PsychVVG** (Dez 2016) an den G-BA, evidenzbasierte Personalvorgaben zur Qualitätssicherung für die Psychiatrie und Psychosomatik zu erarbeiten, um die gesetzlich beschlossene Abschaffung der 30 Jahre alten Psych-PV (Psychiatriepersonalverordnung) als Personalbemessungsinstrument ab 2020 zu kompensieren.
- ▶ – Nachdem die **Ergebnisse der G-BA-Auftragsstudie („Wittchen-Studie)** zur Ist-Analyse aufgrund wissenschaftlichen Fehlverhaltens des Studienleiters nicht verwertet werden durften – sollten deren teilweise grundsätzlich unbestrittenen Erkenntnisse – wenn auch nicht offiziell - für die Festlegung von Personaluntergrenzen genutzt werden. Unbestritten war das grundsätzliche Ergebnis der Studie, dass die tatsächlichen Ausfallzeiten von Personal für die Patientenversorgung bisher nicht realistisch erfasst und verhandelt worden sind. Ferner wurde klar, dass die erforderlichen Zeitkontingente für Psychotherapie in der Psych-PV völlig unterrepräsentiert sind. Kassen und Leistungserbringer haben diese Sachverhalte völlig unterschiedlich interpretiert – mit relevanten Folgen für die Ausgestaltung der PPP-RL
- ▶ **Interpretation der „Personalausfallzeiten auf Station“ der Auftragsstudie und Konsequenzen für die Entwicklung der PPP-RL:**
 - **Die Kliniken als Leistungserbringer** haben aus diesen Ergebnissen der unzureichenden Erfassung und Nachweise von Personalausfallzeiten vor allem die Erkenntnis gezogen, dass die arbeitnehmerseitig großzügigen Möglichkeiten der flexiblen und individuelle Arbeitszeitgestaltung, Freizeitausgleiche für Mehrarbeitsstunden selbst zu gestalten bis hin zu Home-Office-Zeiten für administrative Tätigkeiten und Fortbildungszeiten bisher nicht ausreichend transparent und nachweisbar erfasst und geplant worden sind. Künftig sollten daher administrierbare Vorgaben zur Arbeitszeitgestaltung aller am Patienten tätigen Berufsgruppen etabliert werden sowie die Erfassung tatsächlicher Ausfallzeiten digitalisiert und zeitnah administrierbar werden. In wieweit diese Eingriffe bzgl. Arbeitszeiten in die Arbeitsrechte von Mitarbeitenden reichen, sollen die dann damit befassten Arbeitsgerichte entscheiden.

► Hohe, bisher nicht erfasste Ausfallzeiten des Personals – Interpretation der Kostenträger:

Die Krankenkassen als Kostenträger der Betriebskosten der Kliniken unterstellen den Kliniken seit Jahren, dass Sie bereits mit angemessenen Ausfallzeiten finanzierten Personalbudgets ausgestattet seien – die Kliniken diese Mittel jedoch bewusst der Versorgung entzögen.

- zum einen würden die Mittel den ansonsten fehlenden Investitionskosten zugeführt, die eigentlich die Länder zu tragen hätten,
- zum anderen würden die Mittel als Doppelfinanzierung anderer Versorgungsbereiche herangezogen wie z.B. Konsil- und Ambulanzdienste.

Zielsetzung der Chance PPP-RL

Die Richtlinie selbst gibt in ihren *Tragenden Gründen* (S. 5. Tr. Gr. zum Beschluss v. 19.09.2019) Hinweise darauf, an welchen konkreten bedarfsorientierten Zielen der Patienten im Sinne der Versorgungsqualität die Regelungen der PPP-RL gemessen werden könnten:

- möglichst leistungssektorenübergreifende Behandlerkonstanz
- Indikationsbezogene, spezialisierte Behandlungskonzepte/ multiprofessionelle Teams/ Milieuthherapie
- Gemeindenähe
- Verzicht auf geschützte Stationen/ Vermeidung geschlossener Türen/Verhinderung von Zwang
- Teilnahme an der regionalen Voll-Versorgungsverpflichtung
- Befähigung zu einem möglichst selbstständigen Leben außerhalb von Institutionen sowie zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Lässt sich ein Mehrwert der PPP-RL für die Versorgung beschreiben ? (1)

Nutzen der Chance PPP-RL für die Versorgung

Wie viele Patienten/ Klienten werden durch die Umsetzung der PPP-RL in Zukunft zusätzlich versorgt?

- Aufgrund der rigiden und granulär auf Stationsebene bezogenen Personalvorgaben werden weder stationär noch teilstationär oder ambulant mehr Patienten mit psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf versorgt werden können.
- Aufgrund rigider und pauschal strukturkonservativ und granulär auf Stationsniveau nachzuweisender Personalausstattungen werden Personaleinsatzsteuerungen etabliert, die keinen Bezug zur patientenbedarfsorientierten Versorgung haben und keinen Beitrag zu einer intensiveren psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung im stationären und teilstationären Setting beitragen.
- Im Gegenteil wird es durch Versorgungsbereiche mit personellen Nachweispflichten und solchen Versorgungsbereichen ohne Personal-Nachweispflichten dazu kommen, dass die Bereiche ohne Nachweispflichten – wie zum Beispiel Ambulanzen – zugunsten der stationären und teilstationären Bereiche ausgedünnt werden – und das Credo „ambulant vor stationär“ in der Psychiatrie erneut durch falsche versorgungspolitische Anreize verliert.

Welche Verbesserungen ergeben sich aus der Umsetzung der PPP-RL für die Versorgungsqualität?

- Die pauschalen Personalvorgaben der PPP-RL konterkarieren den Anspruch einer patientenbedarfsorientierten flexiblen Behandlungsplanung. Die PPP-RL führt dazu, dass jeder innerhalb der engen PPP-RL Einstufungsgruppen pauschalierte und enge berufsgruppenkontingentierte Leistungen erhält. – Das sind qualitativ und quantitativ Leistungen, die auf berufsgruppenbezogenen Aufgabenkatalogen von vor 30 Jahren beruhen!
- Bereits die testierten Personalnachweispflichten gemäß §18 (2) BpflV hatten dazu geführt, dass diejenigen Leistungserbringer, die bisher meinten durch Personaleinsparungen andere Bereiche zu finanzieren, diese Strategie aufgeben mussten. Bereits durch die Nachweise wurden die vereinbarten Personalbudgets für Personal in der Patientenversorgung eingesetzt.
- Durch die Nachweispflichten auf stationärer Ebene werden irrationale Personaleinsatzplanungen von Springerpools über alle Berufsgruppen notwendig. Dadurch wird es zwar möglich, formal Präsenz von Fachpersonal nachzuweisen – dieses Springerpersonal wird jedoch meist aufgrund von Unkenntnis der jeweiligen Patientensituation, Behandlungsplanung und vor allem dem fehlenden Beziehungsstatus zu den jeweiligen Patienten keinen Mehrwert für die Versorgung bringen.
- Die PPP-RL blendet in ihrer Grundkonstruktion alle modernen, flexiblen Behandlungsansätze aus, die in den vergangenen Jahren extra geschaffen worden sind, um die klinische psychiatrische Versorgung aus ihrer strukturkonservativen Einbahnstraße der vergangenen Jahrzehnte zu befreien – z.B. durch Stationsäquivalente Behandlung (StäB), aufsuchende, intensiv ambulante Behandlung zu Hause (AMBI), Modellprojekte gemäß §64b SGB V mit regionalen Vollversorgungsbudgets unabhängig von vollstationärer, teilstationärer oder ambulanter Versorgung.
- Die PPP-RL als maximal strukturkonservative Personalmindestvorgabe wird vielleicht formal Strukturqualität steigern – weder die Prozess- noch die Ergebnisqualität der Versorgung werden damit aber adressiert.

Lässt sich ein Mehrwert der PPP-RL für die Versorgung beschreiben? (2)

Welche Verbesserungen ergeben sich aus der Umsetzung der PPP-RL für die Versorgungsstruktur?

- Die Umsetzung der PPP-RL bedeutet, dass sich die Steuerung der Personalressourcen auf den vollstationären Bereich konzentrieren wird und konzentrieren muss, da hier einerseits massive und unverhältnismäßigen Sanktionen bei Nichterfüllung drohen und andererseits kommunale Träger vor allem zur Sicherstellung der stationären psychiatrischen Versorgung landesrechtlich verpflichtet sind.
- Die regionalen Tageskliniken und Institutsambulanzen werden personell zur Sicherstellung des Personalbedarfs der vollstationären Einheiten dienen. Temporäre Schließungen von regionalen Tageskliniken und Institutsambulanzen werden eher die Regel als Ausnahmen sein.

Was hätte es für Auswirkungen auf die Versorgung, wenn die PPP-RL nicht umgesetzt wird ?

- Aufgrund der durch Wirtschaftsprüfer zu testierenden Nachweise des Personals und der entsprechend eingesetzten Budgetmittel gemäß §18 (2) BPfLV wäre ohne die PPP-RL-Umsetzung keine Verschlechterung der Versorgungsqualität zu erwarten.
- Ein modernes, settingunabhängiges und flexibles Personalbedarfsermittlungsinstrument sollte erarbeitet werden, das von der starren Berufsgruppenbezogenheit stärker auf einen Skill-Grade-Mix ausgerichtet ist und in dem sich auch moderne Entwicklungen der Digitalisierung und Anwendungen der künstlichen Intelligenz entfalten können.

Bewertung des Aspekts „Mehrwert“ der PPP-RL

Nutzen der PPP-RL		Umsetzbarkeit der PPP-RL	
<p>Mehrwert für die Versorgung in Deutschland a</p> <p>Die Umsetzung der Chance...</p> <p>1: ...verbessert nicht die patientenbezogene Versorgung</p> <p>2: ...könnte die Versorgung verbessern</p> <p>4: ...stellt eine klare Verbesserung der Versorgung gegenüber dem Status Quo dar</p> <p style="text-align: center;">X</p>	<p>Interne Faktoren c</p> <p>Die Umsetzung der Chance ...</p> <p>1: ...ist mit hohen internen Risiken verbunden, z.B. Ablehnung der Mitarbeitenden, Belastung der Infrastruktur, Bürokratiemonster...</p> <p>2: ...könnte zu internen Risiken führen</p> <p>4: ...ist mit keinen besonderen internen Risiken für kbo verbunden</p> <p style="text-align: center;">X</p>		
<p>Mehrwert für die Mitarbeitenden b</p> <p>Die Umsetzung der Chance...</p> <p>1: ...unterstützt nicht die Mitarbeiterzufriedenheit oder fördert Neubewerbungen</p> <p>2: ...könnte einen positiven Effekt auf Mitarbeitende und Bewerber:innen haben</p> <p>4: ...erhöht die Attraktivität der Psychiatrie bei Mitarbeitenden und Bewerber:innen</p>	<p>Externe Faktoren d</p> <p>Die Umsetzung der Chance ...</p> <p>1: ...ist mit hohen externen Risiken verbunden, z.B. Sanktionen, Fachkräftemangel etc.</p> <p>2: ...könnte zu externen Risiken führen</p> <p>4: ...ist mit keinen besonderen externen Risiken für die Kliniken verbunden</p>		
Bewertung Nutzen: keiner...	Bewertung Umsetzbarkeit: unmöglich	Gesamtbewertung	
		...kein Mehrwert!	

1) Der Mehrwert ist auch im Zusammenhang zu den bestehenden Projekten des Handlungsfeldes zu sehen.

Fazit zum Mehrwert der PPP-RL

Es gibt keinen Mehrwert der PPP-RL

- Nicht für Patientinnen und Patienten
- Nicht für Mitarbeitende der Kliniken
- Kein Mehrwert für die Prozessqualität der Versorgung
- Kein Mehrwert für die Ergebnisqualität der Versorgung

Es gibt aber relevante Risiken der strukturkonservativen PPP-RL

- Rückbau statt dem erforderlichen Ausbau der Regionalisierung!
- Rückbau der Ambulantisierung statt ihres Ausbaus!
- Rückbau innovativer Versorgungsstrukturen wie Modelle nach §64b SGB V!
- Ignoranz gegenüber den Chancen in der Versorgung durch Digitalisierung und Künstlicher Intelligenz!